Eina kartą mėnesyje | 1927 m. | VIII METAI.

Nr. 9 | Rugsėjo mėn. | Nr. 9

MEDICINA

LAIKRAŠTIS, SKIRIAMAS MEDICINOS TEORIJOS IR
:-: PRAKTIKOS REIKALAMS. :-:

Redakcinė Komisija:

Dr. *J. Alekna* ir prof. med. dr. *P Radzvickas* (ausų, nosies ir gerklės ligos), prof. med. dr. *P. Avižonis* (akių ligos), prof dr. *J. Bagdonas* ir prof med. dr. *K. Buinevičius* (vid. ligos), doc. dr. *J. Blažys* (nervų ir psichinės ligos), prof med. dr. *Al. Hagentornas* (chir.), dr. *K. Grinius* (savivaldybių ir socialinė medicina), prof. med. dr. *A. Jurgeliūnas* (bakteriologija ir higiena), dr. *P. Kalvaitytė* (rentgenologija), prof. med. dr. *J. Karuža* (odos ir veneros ligos), prof. med. dr. *E. Landau* (histologija, embriologija ir antropologija), prof. dr. *Vl. Lašas* (fiziologija ir fiziologinė chemija), doc. med dr. *Pr. Mažylis* (akušerija ir ginekologija), dr. *J. Staugaitis* (profesiniai gydytojų reikalai), doc. med. dr. *V. Tumėnienė* (vaikų ligos) ir prof. med dr. *E. Vinteleris* (patologija ir patologinė anatomija).

Redakcinė Kolegija:

Dr. *J. Alekna* (nuo Kauno Medicinos Draugijos), prof. med. dr. *P. Avižonis* (nuo L. Univ-to Medicinos Fakulteto) ir dr. *J. Staugaitis* („Medicinos" Redaktorius).

LEIDŽIA: L. Univ-to Medicinos Fakultetas ir Kauno Medicinos Dr-ja

Redaktorius **D-ras J. Staugaitis.**

Redakc.-Admin. adr.: KAUNAS, Mickevičiaus g. Nr. 11-a, b. 4, telef. 15-07.

SKELBIMŲ KAINA: 75 — 100 litai puslapiui.

PRENUMERATOS KAINA: metams 40 litų, pusei m. 20 litų.

Šito numerio kaina 4 lit.

TURINYS.

Prof. K. Buinevičius. Klinikos lekcijos. Plaučių tuberkuliozė . 471

Doc. P. Stančius. Pravedamoji anestezija (Leitungsanästhesie) burnoje 485

Dr. Vl. Kuzma. Pastabos del ankstybo inkstų tuberkuliozės pažinimo 493

Dr. L. Kenstavičius. Del kelio sąnario tuberkuliozės konservatiško ir operatiško gydymo (tęsinys). 509

Dr. J. Madeikis. Valst. Hygienos Instituto veikimo 1926 m. apyskaita 521

Referatai (Vid. ligos, vaikų ligos, chirurgija, akušerija - ginekologija, akių ligos, nervų ir psich ligos, biologija, odontologija) . 524

Klinikos ir praktikos patyrimai . 531

Nervų ligonių tyrimo schema . 533

Kronika 536

Klaidų atitaisymas . . . 542

SOMMAIRE.

Prof. G. Buinevičius. Leçons cliniques: Le tuberculose des poumons.

Doc. P. Stančius. L'anesthésie conductible de la bouche.

Dr. V. Kuzma. Observations de la diagnose précoce de la tuberculose des reins.

Dr. L. Kenstavičius. À propos du traitement conservative et opérative de la tuberculose de l'articulation du genou (continuation).

Dr J. Madeikis. Compte - rendu de l'activité de l'institut hygiène de l'état en 1926.

Revue analytique. (Maladies internes, maladies des enfants, chirurgie, accouchement et gynécologie, maladies des yeux, neurologie et psychologie, biologie, odontologie).

Notes de thérapeutique clinique et pratique.

Schème de l'examin des malades nerveux.

Cronique.

Correction.

Nuo „Medicinos" Redakcijos - Administracijos.

Kartu su šituo „Medicinos" numeriu siunčiamas visiems skaitytojams kurie nėra dar sumokėję prenumeratos už šiuos 1927 metus, o taip pat ir tiems, kurie yra likę skolingi už senesnius laikus, paraginimas kuo greičiausiai atsilyginti.

„Medicinos" Red. - Adm.

MEDICINA

laikraštis, skiriamas medicinos teorijos ir praktikos reikalams.

VIII met.	1927 m. Rugsėjo m.	Nr. 9

Prof. K. Buinevičius.

Klinikos lekcijos.

Plaučių tuberkuliozė.

Plaučių tuberkuliozė išsivysto, kai žmogaus organizmas bendrai apsikrečia tuberkuliozės bacilomis. Tuberkuliozės antkritis tiek yra išsiplatinęs ir galimumai apsikrėsti juo tiek yra lengvi, jog, kaip parodo Naegel'io ir kitų tyrimai, galima tvirtinti, kad visi suaugusieji anksčiau ar vėliau apsikrečia tuberkulioze.

Kas del apsikrėtimo takų, tai kitais, retesniais atvejais, bacilos gali patekti į organizmą su maistu, su sergančių karvių pienu. Tarp karvių tuberkuliozė gana išsiplatinusi (žemčiūginė) ir parduodamame piene gana dažnai randama tuberkuliozės lazdelyčių typus bovinus (trumpos ir ne tiek grakščios, kaip b. typ. humanus); ir tokiu pienu maitinami veršiai ir kiaulės dažnai suserga žarnų ir mezenterinių liaukų tuberkulioze. Kas del žmogaus, tai turint galvoje, kad žmonės žarnų ir mezenterinių liaukų tuberkulioze suserga retai, buvo manyta, kad typ. bovinus lazdelytė (ir jos apkrėstas pienas) lygiai taip maža pavojingi žmogui, kaip savo rėžtu b. typ. humanus mažai virulentingas raguočiams. Bet vėlesni patologiniai anotominiai tyrimai parodė, kad mirusiuose plaučių tuberkulioze neretai buvo randama typ. bovinus lazdelytė, ypačiai jei susirgimas išeidavo iš žarnų, ir ypač vaikų lavonuose, kur trečdalyj tuberkuliozės atsitikimų buvo randama pirminė žarnų tuberkuliozė, ir pusėje šitų atsitikimų buvo randamos typ. bovinus lazdelytės. Tokiu būdu reikia turėti galvoje galimumas apsikrėsti, ypač vaikams, per turintį savyje typ. bovinus lazdelyčių karvės pieną.

Paprastai gi apsikrečia, betarpiai paliesdami ligonius, kurie kalbėdami ir kosėdami išplatina aplink save infekciją mažų kruopelyčių pavidalu; arba apkrėsto oro dulkėmis, kurių dalelėse, ypačiai dideliuose miestuose, randama tuberku-

liozinių bacilų iš išdžiūvusių tuberkuliozikų skreplių. Bacilos pakliūva į plaučius ne tiek pro kvėpavimo takus, kaip paprastai manoma, bet dažniau pro gleivinių plėkšnelių žaizdas, pro gomurio liaukas ir tonsilas, į limfinius takus. Dažnai vaikų turimos adeinoidinės išaugos ir tonsilų hypertrofija pareina nuo tuberkuliozinės infiltracijos ir būna jos pirmu etapu. Infekcija toliau patenka į pažandžių ir kaklo liaukas, paskui į gilesnes bronchines ir mediastinum'o liaukas, sukeldama jų padidėjimą; ir čia kartais plečiasi per kraujo indų sistemą, sužadindama meningitą, bendrą miliarinę tuberkuliozę, kartais limfiniais takais patenka į plaučius ir apkrečia juos. Kai kada nematomai iš karto apsikrečia pleura, išsivysto sausas ar eksudacinis tuberkuliozinis pleuritas, ir tuo gali pasibaigti, arba procesas išsiplečia ir plaučiuose. Vis vien, kokiu keliu tuberkuliozinė infekcija yra patekusi į organizmą, ji dažnai lokalizuojasi plaučiuose del to, kad aerobinės tuberkuliozės bacilos, godžios deguoniui, randa plaučiuose geriausią sau aplinką.

Apsikrėtimas įvyksta dažniausiai, matyti, jau vaikų amžiuje. Miestų ir fabrikų rajonų vaikai apie 7—10 metus amžiaus veik visi jau apsikrėtę tuberkulioze, kaip tatai randama skrodžiant vaikų lavonus (Hamburger'is ir kt.): jei tuberkulioziniai pakitimai pirmaisiais metais randami tiktai 1,5—2%, tai 3—4 metų jau — 30%, o 7—10 mt. — 85—90%. Vaikai su išsivysčiusiomis adenoidinėmis išaugomis, padidėjusiomis kaklo ir pažandžių limfinėmis liaukomis, kuriems be jokios priežasties arba del fizinio nuovargio vakarais temperatūra truputį pakyla, iki 37,5°—38°, o iš ryto vėl nusmunka, arba išsivysto vad. liaukų drugys, turi būti įtartini apsikrėtę tuberkulioze. Procesui labiau ir giliau prasiplėtus limfiniais takais, arba susirgus mediastininėms liaukoms ir spaudžiant joms limfinius indus, veidas ligonio papursta ir pasirodo vad. skrofuliniai ir kiti simptomai. Ilgainiui peribronchinės liaukos sukalkėja ir jos galima matyti rentgeno spinduliais peršviečiant; jaudindamos ir spausdamos nervus vagus, jos sužadina kosulį, astminius priepuolius, laringospazmę, širdies sutrikimus.

Tuberkuliozinė infekcija, sustojusi savo kelyje vienoje ar kitoje vietoje, per daugelį metų gali būti pasislėpusi ir susilpnėjusi, ir vėliau, sąlygoms pasikeitus, jos virulentingumas gali sustiprėti ir ji plečiasi tolyn. Tokiais momentais gali būti organizmo apsiginamųjų jėgų ir bendro atsparumo nusilpnėjimas, del blogo mitimo ir blogų hygienos sąlygų; arba prisidėjimas kokios nors pripuolamos infekcijos, k. a. gripo, tymų, kokliušo, su kuria kovodamas organizmas eikvoja sa-

vo jėgas ir, netekęs jų, nebepajėgia kovoti su tuberkuliozine infekcija. Po šitų ligų neretai išsivysto tuberkuliozė.

Ypatingas palinkimas į tuberkuliozę pastebimas lytinio subrendimo metu, kai paprastai atrofuojasi thymus ir limfinės liaukos, ir tokiu būdu organizmo apsauga iš limfinio aparato pusės, kuris vaikų amžiuje energingai buvo gynęs organizmą nuo infekcijos, sumažėja.

Svarbiausis faktorius plaučių tuberkuliozei vystytis yra nusilpnnėjusi organizmo būklė ir nusilpnėjusi konstitucija. Ir jeigu iš prigimimo sveikas organizmas suserga plaučių tuberkulioze, tai tokiais atvejais paprastai konstatuojamas įgytas organizmo susilpnėjimas del įvairių priežasčių: nepajėgiamų darbų, buvusių ligų, blogo mitimo, blogų gyvenimo sąlygų.

Susirgti plaučių tuberkulioze padeda taip pat patologiškos plaučių būklės, k. a. plaučių anemija, pav. pas chlorozikus, taip pat art. pulmonalis susiaurėjimas, jos suspaudimas aneurizma ir t. t.

Taip pat plaučių tuberkuliozė išsivysto del chroniško plaučių erzinimo sąryšyje su profesija, pav. dirbantiems dulkėtuose butuose, audimo dirbtuvėse, malūnuose, cemento ir purpuleno fabrikuose, kur ilgai trunkąs įalsavimas lakstančių ore dulkių tarytum padaro nuolatinių plaučių audinio sužalojimų, per kuriuos patenka bacilos ir tuo būdu išsivysto tuberkuliozinis procesas.

Hesse's išskaičiavimais, imant 12 kb. mt. parai įalsuojamo oro, darbininkas per 10 darbo valandų kasdien įalsuoja — cemento dirbtuvėse 1,12 grm., arba per metus 336 grm. dulkių, malūnuose 0,025 grm. per dieną, lentpjūvėse 0,09 ir t. t. Jeigu ore dulkių nedaug, tai jų daugumą sulaiko nosies tuštyme drėgna nosies gleivinė, taip pat prie perėjimo nosies takų į ryklę, stačiakampiame jų išsilenkime; iš bronchų jas pašalina kosulio trinkiai ir virpančiojo epitelio judesiai; alveolose jas sučiumpa vad. dulkinės ląstelės ir nuneša limfiniais takais į liaukas.

Kai yra daug dulkių ir nusilpsta apsigynimo priemonės (burnos alsavimas, virpančiojo epitelio judesių susilpnėjimas pas girtuoklius ir senius, kai virpančiuosius epitelio plaukelius suklijuoja miltų dulkių krakmolas; kai iš įpratimo pribunka kosulio refleksas ir kt.), dulkių dalelės pasiekia smulkius bronchus ir alveolas, įsiskverbia į jų sieneles, nusėda tarpalveoliniame jungiamajame audinyj.

Žiūrint į dulkių ypatybes [metalinės, mineralinės (kvarcas, titnagas, kalkės, gipsas), augalinės (taboka, kanapės, medis), gyvulinės (oda, ragai, kaulai, dramblio kaulai ir kt.), lygios ir

minkštos (anglis) arba kietos su aštriais kraštais (kvarcas), dantuotos ir ūsuotos (kanapė)], dulkių dalelės mažiau ar daugiau erzina plaučio audinį, sužadina bronchitus, dryžių ir mazgelių pavidalo fibrinines išaugas, tarpalveolinių pertvarų sustorėjimus ir paskui atrofiją, su indų užakimu; bronchiektazijas ir emfizeminius pakitimus, del elastingumo praradimo ir dalinos plaučių audinio atrofijos. Dulkių dalelės patenka taip pat į limfinius indus ir infiltruoja peribronchinius audinius ir limfines liaukas.

Plaučiai ir bronchinės liaukos nusidažo mažiau ar daugiau intensyviai ta ar kita spalva: esant antrakozei kartais juodos kaip rašalas; geltonos dėmės nuo geležies deginio ir juodos — nuo geležies pusdeginio; rusvos — nuo tabako dulkių ir t. t. Atatinkamai šitam išskiriami ir skrepliai: juodi — pas anglių darbininkus, rausvai geltoni — esant siderozei, melsvai žali — nuo ultamarininių dažų ir t. t.

Kai kurie, net visai metę darbą, pvz. anglių kasyklose, dar paskui ilgai, per ištisus mėnesius ir metus, išskiria skrepliuose juosvas plaučių epitelio ląsteles su anglių dulkių dalelėmis.

Esant amilozei (pas kepėjus, malūnininkus) skrepliai visada turi krakmolo ir, pridėjus jodo, nusidažo melsvai.

Akmenų tašytojų, purpuleninių ir cementinių dirbtuvių darbininkų plaučiai impregnuoti kvarco, titnago, kalkių dulkelėmis. Dulkinės ląstelės šitų kietų ir sunkių dalelių nenuneša, ir jos, įsmigusios į plaučius, guli vienoj vietoj, dažnai susitelkdamos į kietus mazgelius, duoda braškėjimą pjaunant plaučius; ligoniai tokiais atvejais kartais iškosti panašių į akmenukus konkrementų — vad. žirninė liga (Bavarijoj). Aštrios ir kietos dalelės gali taip pat sužeisti indus ir sužadinti plaučiuose kraujaplūdį.

Švitinant Rentgeno spinduliais plaučius, turinčius pneumokoniozę, stebimas tinklas iš dėmių ir dryžių, ypačiai plaučių šaknų srityje, kurie iš čia dryžiais eina į plaučius; viršūnės, priešingai tuberkuliozei, būna paprastai laisvos, ir šešėlai esti abiejose pusėse, tuomet kai tuberkuliozėje jie dažniau būna vienoj pusėj.

Kas del santykių su tuberkulioze, tai priimta nuomonė, kad pneumokoniozės padeda baciloms įsiskverbti ir tuberkuliozei išsivystyti, reikia peržiūrėti, ir šituo atveju nuomonės dabar skiriasi. Tuo tarpu kai vieni mano, kad ypač esančios pavojingos mineralinės dulkės, ir ypačiai didelis mirtingumas esąs pastebimas šlifuotojų, akmenų tašytojų, purpuleno dirbtuvių darbininkų tarpe, — kiti gi mano kaip tik atvirkščiai, būtent, kad kalkių nuosėdos, gipsas, titnago rūkštis net gerai veikiančios. Taip pat esant plaučių siderozei rasti bacilų plau-

čiuose paprastai nepasiseka. Tokis pat veikimas priskiriamas anglių dulkėms, taip pat raugiamųjų medžiagų dulkėms ir t. t.

Matyti, visas svarbumas glūdi tame, ar tuberkuliozė vystosi pridulkėjusiuose jau plaučiuose (pagyvenusiojo amžiuje), ar pneumokoniozė vystosi tuberkulioziniame plautyje (jauno žmogaus). Šituo pastaruoju atveju, jei tuberkuliozė jau yra buvusi anksčiau, tai trauma, sudaroma dulkių dalelių tokiam ligotam plaučiui, suprantama, duos tuberkuliozės pablogėjimą, ir nuo to, reikia manyti, pareina didelis jaunų darbininkų — akmenų tašytojų ir kt. — mirtingumas. Atvirkščiai, jei pagyvenęs darbininkas jau senai turi pneumokoniozę su išsigimusiais plaučių audiniais, kraujo ir limfos indais, randais, emfizeminiais pakitimais, tai tokia dirva bus nepalanki įsiskverbusioms baciloms veistis, ir todel tuberkuliozinis procesas neišsivysto.

Tuberkuliozė kaipo tokia ne visuomet persiduoda p a v e l d ė j i m u. Dažniausiai tuberkuliozikų tėvų vaikams persiduoda bendras organizmo silpnumas, bendra astenija, anemija, chlorozė, neurastenija. Ir atvirkščiai — neurastenikų ir ypačiai chlorotikų vaikai labai linkę į tuberkuliozę. Pasak J o l l y, G i l b e r t'o ir kitų, chlorotikų tėvų dauguma vaikų turi tuberkuliozę, o tuberkuliozikų tėvų vaikai dažniausiai tuberkulioze neserga, o jeigu ir serga, tai procesas nepasižymi aštria eiga.

Daugelis tyrinėtojų nurodo, kad tuberkuliozė, turinti lėtą gerybinę eigą, apriboti skrofuliniai susirgimai, vietinė chirurginė tuberkuliozė ir kt. pastebimi ypačiai tuberkuliozikų šeimose; nepaveldėta gi tuberkuliozė dažniausiai pasireiškia aštria ir greita forma (H a m e a u, H e r i c o u r t, M a g n a n t, R i n g ir kt.). Reikia prileisti, kad tuberkulioziniai tėvai perduoda savo vaikams dalį immuniteto, kurį jų organizmas yra įsigijęs kovoj su infekcija, ir tokioje paveldėtoje dirvoje išsivysčiusi plaučių tuberkuliozė dažnai turi chronišką, metais besitęsiančią, neaktyvią eigą, ir net ji gali būti visai išgydyta.

Įgimtas palinkimas į tuberkuliozę pastebimas ištisose tautelėse: kaip žinoma, negrai labai yra linkę į tuberkuliozę; ypač tuo pasižymi išsigimstančios tautos: taip, Rusijoj išsigimstanti kalmikų tauta, kai kuriose vietose, beveik visa apsikrėtusi tuberkulioze. Priešingai, seniausioji, per amžius prisitaikusi, žydų rasė, matyti, jau yra suspėjusi įsigyti immunitetą ir mažai yra linkusi į tuberkuliozę ir sifilį.

Paprastai immunitetą prieš tuberkuliozę turi artritikai, sergantieji širdies ligomis ir taip pat tuberkuliozinės kartos.

A r t r i t i k a i pasižymi charakteringa ypatybe sudaryti jungiamąjį audinį — fibrozinė diatezė. Toks jungiamojo audinio augimas, veikiant bendriems jaudikliams, pav. alko-

holiui, gali būti labai išsiplėtęs, duodamas bendrą arteriosklerozę ir organų sklerozę; esant gi vietiniam suerzinimui, vietinei infekcijai, tuberkuliozei, jungiamasis audinys išsivysto aplink tuberkuliozės bacilomis apkrėstą vietą, izoliuoja tą vietą ir tuo būdu išgelbsti organizmą nuo tolimesnio proceso vystymosi.

Širdies ligomis sergantiems tuberkuliozė neišsivysto, tur būt, del plaučių stazinės hyperemijos, sudarančios nepalankią aplinką tbc. baciloms vystytis.

Asmenys, turintieji nuolatinių santykių su tuberkuliozikais ir susergantieji pakartojama infekcija, matyti, taip pat su metais įgauna immunitetą tuberkuliozei.

Senatvėj tuberkuliozė išsivysto sąryšyj su vietiniais pakitėjimais plaučiuose ir krūtinės ląstoje, įvykstančiais senatvėje: del šonkaulių, ypačiai viršutinių, kremzlių sukaulėjimo. Seniams tuberkuliozė lokalizuojasi ne viršūnėse, bet kitose plaučių vietose, del buvusių bronchitų ir bronchiektazijų, del plaučių dalių suspaudimo aneurizma ir t. t. Tuberkuliozė senatvėj neturi palinkimo išsiplėsti; židiniai būna aprėžti ir dažnai surandėja ir sukalkėja, matyti, del didesnio palinkimo jungiamajam audiniui augti, del didesnio plaučių kraujo venozingumo ir del emfizemos, nesudarančios tinkamos dirvos tbc. procesui vystytis.

Tuberkuliozė — chroniška, metais besitęsianti infekcija, kurios eigoje, analogingai sifilio infekcijai, galima skirti (Hayek'as, Ranke) pirminis, antrinis ir tretinis periodai.

Analogingai sifilio spirochetų sužadintam augliui, kietajam šankeriui, patekusios į organizmą ir dažniausiai apsistojusios plaučiuose (arba kituose organuose — liaukose, žarnose) tbc. lazdelytės, kaip yra parodę mažų vaikų lavonų tyrimai, sudaro čia vadinamąjį pirminį lizdą (Primärherd, Primäraffekt, chancre tuberculeux) — tuberkulą, nuo soros grūdo iki žirnio didumo, susidedantį iš epitelio narvelių, su bacilomis, gigantiškaisiais narveliais ir kazeozine nekroze centre, su mažiau ar daugiau didele juosta įdegimo eksudacijos aplink. Paprastai keli tokie follikulai būna susitelkę, o į procesą taip pat įtraukiami kaimyniniai limfiniai indai, ir tuo būdu gaunamas vad. pirminis kompleksas. Paskui labai dažnai pirminis židinys fibroziškai išsigimsta ir tuštėja, o procesas susimeta į liaukas, kurios dar daugiau padidėja ir kartais sudaro žymaus dydžio konglomeratą.

Pirminiai tuberkuliozės židiniai paprastai išsivysto vaikų amžiuje ir dažniausiai (70—80%, anot Ghon'o, Lange) susidaro plaučiuose: viršūnėse, peribronchiniame audinyj, po

pleura, paskui bronchinėse plaučių hilus'o liaukose; rečiau — pilvo tuštyme. Pasak Ribbert'o ir Schmorl'io, tbc. bacilos ypač greitai veisiasi tuose smulkiuose limfiniuose mazgeliuose, kurie yra išsisklaidę tarp alveolų po visą plaučių audinį, o taip pat lydi iki pat pleuros bronchus.

Matyti, vienais atvejais tbc. bacilos gali įsiskverbti tais pačiais keliais, kaip ir pneumokoniozėse dulkių dalelės, t. y. smulkiųjų bronchų srity, vietose, kur jie pereina į alveolas, kur virpantį epitelį pakeičia plokščiasis. Kitais atvejais, tbc. bacilos, įsiskverbusios pro žiočių gleivinę, tonsilas, nosies - ryklės liaukas (Dieulefoy randa tbc. lazdelytės nosies-ryklės liaukose 40% autopsijų) ar pro žarnas, pasiekia plautį limfiniais takais, o gal būt, kitais atvejais (Orth'as, L. Rabinovitsch) ir kraujo takais — pro duct. thoracicus, plaučių venas ir dešiniąją širdį, tuo būdu gaunama lengvos septicemijos stadija.

Kliniškai pirminis kompleksas dažniausiai eina be temperatūros pakilimų ir nei perkutuojant, nei auskultuojant, nei peršviečiant Rentgeno spindulais jis nekonstatuojamas; dažnai jis surandėja ir regresuoja. Kitais atvejais gali būti aprėžto bronchito reiškinių, jei židinys yra susidaręs arti broncho; arba greitai praeinančio viršūnės fokuso; arba, susidarius židiniui arti pleuros, aprėžto sauso viršūnės ar diafragmos pleurito reiškinių — su vėlesniais suaugimais, su skausmais tarp menčių, nugaroje (spinalgia), kepenų ar skrandžio srityse — lokalizuojantis židiniams ant diafragmos.

Sunkesniais atvejais procesas pirminiame lizde nenutyla, bet pasirodo aktyvus, plečiasi po periferija, o taip pat, limfos ir kraujo indų nešamas, gali išsivystyti kituose tolimuose organuose (endogeninė reinfekcija; be to, galimi dar ir nauji pakartotiniai iš išorės apsikrėtimai, nes tbc. infekcija nesudaro visiško immuniteto). Tuo pat laiku didėja ir bendra organizmo autointoksikacija, ir tuo būdu išsivysto *antrinė tuberkuliozės stadija,* kuri gali tęstis čia greičiau pareinamai nuo susirgimo sunkumo; čia dažniau tęsiasi daug metų susargindama tą ar kitą organą, be aiškių pakitėjimų plaučiuose. Arba taip pat visai nepasireiškia vietiniais simptomais, bet tiktai intoksikacijos reiškinias ir kartais temperatūros pakilimu, kaip ypatingai padidėjusio organizmo jautrumo infekcijai ir vykstančių jame kovos procesų bei apsigynimo priemonių (allergijos) gamybos išraiška.

Čia dalykas baigiasi arba daugumoj atsitikimų (85%) pagijimu, arba prasideda plaučių tuberkuliozės vystymosi *trečioji stadija,* kai organizmas maždaug jau yra apsigynęs nuo bendros infekcijos įtakos, ir visas procesas susimeta į plautį ir,

jame susitelkęs, vystosi. Bet kaip tik čionai procesas neretai būna blogybinis, ar čia del plaučių susirgimo sunkumo, ar čia del sunkaus kitų organų susirgimo prisidėjimo.

Plaučių tuberkuliozė *prasideda* vienoj plaučių *viršūnėje*. Įvyksta tatai, matyti, todel, kad viršūnės, padengtos tiktai minkštais, mažai atspariais, audiniais, mažiau išsiskečia įalsuojant, negu visas kitas plautis, ir mažiau subliukšta išalsuojant, taip kad jo ventiliacija esti nepakankama; be to, kosint, oras (su skrepliais, bacilomis), išstumiamas subliukštančios krūtinės ląstos iš apatinių plaučių dalių, sutikdamas uždarą balso plyšį, sueina į pasiduodančias plaučių viršūnes, kurios, užuot susubliuškusios, išsiskečia. Be to, kitais atvejais dalykas eina apie plaučių viršūnių įaugimą į siaurą kaulų žiedą, del ko viršūnės suspaudžiamos ir kraujo joms tiekimas yra sumenkėjęs.

Pasiekusios smulkiuosius bronchus, bacilos sužadina peribronchinio audinio įdegimą — su hyperemija, ląstelių elementų infiltracija, tuberkulų susidarymu ir su sekamu jų kazeoziniu išsigimimiu — bronchitis et peribronchitis caseosa. Procesas plečiasi į tarpinį audinį, kursai minkštėja ir įgauna drebučių pavidalą — gelatininė infiltracija, ir į alveolas, sužadindamas juose katarinį įdegimą. Tatai broncho-pneumoniniai židiniai, su tuberkulais, plačia infiltracija ir kazeoziniu išsigimimu, susilieja, dažnai sudarydami visos viršūnės susirgimą, ir apsirėžia hyperemine reaktyvaus įdegimo juosta nuo plaučių sveiko audinio. Procesas pamažu slenka žemyn, sužadindamas vis naujus susirgimus, o viršūnėje tuo pat laiku įvyksta vėlybesnės stadijos pakitėjimai — audinio sukietėjimo ir susiraukšlėjimo reiškiniai, alveoloms tuštėjant. Kazeoziniai tuberkulai ir susitelkimai gali pasiekti gana žymų didumą ir, griūdami, sudaro opų, plaučių kavernų. Ilgainiui proceso eigą sulaiko reaktyvus aplink įdegimo židinius, tuberkulus ir kavernas jungiamojo audinio išsikerojimas.

Pradžioj, kada jungiamasis audinys dar nespėja išsikeroti, ir išsigimęs plaučių audinys labai lengvai sužeidžiamas, lengvai įvyksta kraujo indų trūkimai su kraujaplūdžiu ir plaučių audinio trūkimai su oro į pleuros tuštymą įėjimu ir pneumotorakso pasidarymu.

Vėlybuose perioduose, nežiūrint į žymias opas ir kavernas, — indų trūkimai, kraujaplūdžiai ir pneumotoraksas, jungiamojo audinio išsikerojimo dėka, būna, palyginti, retai; ir tame periode kraujais atsikosima dažniausiai iš kraujuojančių išaugusių ant kavernų sienelių granuliacijų.

Prasidėjusi vienoj viršūnėj, tuberkuliozė paskui dažnai išsivysto ir kitoje viršūnėje, toliau apatinėj pirmojo plaučio da-

lyj ir t. t. Labai dažnai suserga pleura, ir pirmiausia ta, kuri dengia viršūnę. Serozinis - fibrininis viršūnės pleuritas čia veik visuomet duoda pleuros sulipimų ir suaugimų, su sekamu įsitraukimu ir įdubimu audinių aukščiau lankelio (klavikulos), kai viršūnės susiraukšlėja.

Plaučių procesas, ypač paskutinių stadijų, kartais komplikuojasi kitų organų sutrikimu: gerklės, žarnų, taukinės, šlapimo organų ir genitalijų. Patekusios į kraują, tbc. bacilos išsisklaido po organizmą ir gali sužadinti bendrą m i l i a r i n ę t u b e r k u l i o z ę.

Klinišku atžvilgiu, paslėpto periodo tuberkuliozė, prieš pasireikšdama vietiniais plaučių simptomais, neretai pasireiškia įvairiais tų ar kitų organų susirgimais. Taip, ligoniai kartais nusiskundžia bendru kūno silpnumu, širdies plakimu, karščiavimu, turi anemišką išvaizdą; objektyviai tiriant plaučiuose nepasiseka rasti jokių pažymių, ligoniai laikomi chlorotiškais arba sergančiais drugiu; bet netaisyklingo tipo drugys nepasiduoda chininos įtakai ir gerėja nuo ramumos; antra vertus, paprastoje chlorozėje drugio nėsama; praeina kiek laiko, ir juose randama plaučių tuberkuliozė — a p g a u l i n g a i c h l o r o t i š k a, apgaulingai d r u g i š k a, apgaulingai š i r d i š k a forma.

Kartais stebima tyreoidinės liaukos papurtimas, matyti, kaipo tuberkuliozės toksinų erzinimo pasėka, ir h y p e r t i r e o i d i z m o simptomai: prakaitavimas, karštis, tremor, viduriavimas, nemigas, tachikardija, išverstos akys, kaip ir Basedow'o ligoje.

Kitais atvejais svarbiausi nusiskundimai — dyspeptiški reiškiniai: apetito stoka, skausmai duobutėje, riaugulys, ledaka, vėmimas, atkaklus vidurių sukietėjimas ar jų viduriavimas — apgaulingai d y s p e p t i š k a forma.

Šitie simptomai, reikia manyti, atsiranda kaipo toksemijos pasėka, nes į kraują patenka tuberkuliozės produktai, kurie apnuodija visą organizmą. Dalinai jie gali pareiti nuo nusilpimo, n. vagi hypotonus'o, kas paprastai stebima tuberkuliozėje ir pas asmenis su nusilpusia organizacija bendrai, ir tatai yra nepastovumo, greito atatinkamų organų sunykimo priežastis. Nuo n. vagi širdies atžalų hypotonus'o pareina lengvas širdies susijaudinamumas, tachikardija, silpnas pulsas ir kt.; tas pat stebima ir iš pilvo, žarnų ir kt. organų pusės.

Kaipo atskiri simptomai, ligonius kartais vargina: s k a u s m a i — tarp menčių, arti krūtinkaulio, sprando slanksteliuose, taip pat spaudžiant proc. spinosi ir tarp m. sterno-cleido-mastoidei kojyčių; pečių raumenų skausmingumas ir juos erzinant lengvai įvykstanti jų spazmė, kai, sudavus plaktuku, pasidaro

raumenų vėlenėlis; nuo šitos raumenų spazmės pareina nesveikos pusės peties alsavimo ekskursijų sumažėjimas (proc. acromion). Šitie skausmo ir spazmės reiškiniai pareina nuo sužadintų neuritų ir m i o z i t ų, kaipo toksinų erzinimo pasėka, ar ba taip pat nuo išsivystančio v i r š ū n ė s p l e u r i t o.

Del suerzinimo, esančio arti viršūnės simpatinio Neubauer'o mazgo, nuo kurio eina šakelės į m. ciliaris, kartais įvyksta mydriasis, v y z i u k o i š s i p l ė t i m a s.

Tuo pat laiku, kai būna simptomai iš pusės indų, pastebima žiočių ir gerklės (G e r h a r d t'o Rachensymptom) ir kitų gleivinių išblyškimas, del blogo kapiliarų prisipildymo, taip pat odos v e n ų i š s i p l ė t i m a s lankelių ir menčių srityse, kaipo v. hemiazygos ir kitų venų suspaudimo padidėjusiomis bronch. liaukomis pasėka; kartais raudona arba melsva juostelė ant dantų smegenų kraštų.

Pirmieji objektyvūs plaučių tuberkuliozės (hyperemijos stadijoj) *pažymiai šie.* Perkutuojant nesveiką plaučių viršūnę garsas bus su t i m p a n i t o atgarsiu (audinio elastingumo sumažėjimas hyperemijai veikiant), skardesnis, negu sveikoj pusėj.

Auskultuojant — alsavimas p u e r i l i n i s, š i u r k š t u s, todėl, kad hyperemija susiaurina smulkiųjų bronchų spindį. — Kartais s a k k a d i r u o j ą s, su pertraukomis, kada oras įeina į alveolas tarytum keliais ypais. Tai aiškinama šitokiu būdu: normoje, su kiekviena širdies sistole, išsitempę alveolų kapiliarai stengiasi išsiplėsti, tarytum išskleisti alveolas, bet tam kliudo sveikas elastingas plaučių audinys; toksai sistolinis alveolų išsiplėtimas įvyksta, kada plautis yra praradęs savo elastingumą, kaip kad būna esant jo hyperemijai.

Kitais atvejais dalykas gali eiti apie įvairių plaučių dalių išsiplėtimą įvairiu laiku įalsuojant, kas pareina nuo kai kurių bronchų susiaurėjimo ir užakimo; arba apie alsavimo raumenų grupių susitraukimą ne vienu laiku, del toksininių neuritų ir miozitų.

Toliau, kai viršūnėje yra išsivystęs standumas ir susiraukšlėjimas ir joje yra sumažėję oro, ją perkutuojant gausime p r i b u k i m ą (žemiau, kur reaktyvaus įdegimo juosta — skardus, dar žemiau normalus aiškus garsas).

Auskultuojant: b r o n c h i n i s a l s a v i m a s, del to, kad standus audinys geriau praleidžia garsą, arba jei standumas nedidelis—neaiškus alsavimas, kartais šiurkštokas.—P a i l g ė j ę s i š a l s a v i m a s, kurs pareina nuo to, kad praradęs elastingumą audinys pamažu subliukšta (išalsavimą čia mes girdime todel, kad plaučių audinys yra sustandėjęs ir geriau praleidžia garsą negu normoje, kada išalsavimas negirdimas). Ypatingos reikšmės turi išalsavimas, jei jis girdimas iš kairės, kadangi iš

dešinės jis girdimas kartais ir normoj, nes čia kiek arčiau eina dešinysis bronchas. — Kitais atvejais — susilpnėjęs alsavimas, kaipo mažesnio sergančios viršūnės išsiplėtimo įalsuojant pasėka: del viršūnės pleurito su sulipimais, bronchų ir alveolų užakimo, alsuojamųjų raumenų silpnumo.—Karkalai— smulkūs, drėgni, iš pradžių neskardūs, išsivysčius gi infiltratui, pasidaro skardūs (krepitacija).

Jei sustandėjimas užima dar ne visą viršūnę, o tik jos pryšakinę dalį (užpakalinėj daly tuo tarpu yra įdegimo hyperemija), tai, perkutuodami viršūnes iš pryšakio, mes gausime čia bukesnį garsą negu sveikoj pusėj. Iš užpakalio sergančioje pusėje, atvirkščiai, garsas bus skardesnis (įdegimo hyperemija) negu sveikoj pusėj, kur jis rodysis kurtesniu — gausime vadinamą Gerhardt'o kryžminį garso bukumą.

Tirdami plaučių tuberkulioze sergantį ligonį, kurio tbc. procesas iš viršūnės palaipsniui plečiasi žemyn, mes paprastai randame štai kokius reiškinius: viršūnėje, kur yra išsivystęs infiltratas, esant joje kurčiam garsui, girdimas bronchinis alsavimas. Perkutuojant žemiau, atatinkamai pigmentinės induracijos juostai, gauname daugiau timpanišką garsą, susilpnėjusį alsavimą su pailgintu išalsavimu, arba šiurkštoką, neaiškaus pobūdžio alsavimą, su nedideliu skardžių, smulkiai vezikulinių karkalų skaičiumi. Dar žemiau, hyperemijos juostoj, girdimas puerilinis, vezikulinis, kartais sakkadiruojąs alsavimas su timpanito garsu; o žemiau jo randame normalų vezikulinį alsavimą ir normalų aiškų plaučių garsą. Plečiantis procesui toliau žemyn, nurodytieji perkutiniai ir auskultaciniai reiškiniai persigrupuoja šia tvarka: kur anksčiau yra buvęs normalus vezikulinis alsavimas, atsiranda, išsivysčius hyperemijai, puerilinis arba sakkadiruojąs alsavimas ir timpaniškas garsas; aukščiau jo, kur yra buvęs puerilinis, pasirodo bronchinis alsavimas, karkalai ir t. t.

Tokiu būdu klinika parodo, kad puerilinis ir sakkadiruojąs alsavimo ūžesiai, timpaniškas garsas, stebimi ties susirgusiojo ir sveikojo plaučių audinio ribomis, yra ankstybiausieji plaučių tuberkuliozės pažymiai.

Vėlybose ligos stadijose, kada eina audinio griuvimas ir pasidaro kavernų, aukščiau jų perkutuojant gaunamas timpaniškas garsas, o jei kaverna susisiekia su bronchais, tai oras, perkutuojant išstumiamas iš kavernos pro siaurą skylutę, čia sudarys sūkurius, kurie duos ūžesius; tas ūžesys, prisijungdamas prie timpaniško kavernos tono, duos garsą — vad. trūkusio puodo ūžesys. Timpaniškas garsas esant atdarai burnai darosi aukštesnis, esant uždarai — žemesnis — vad. Vintrich'o garso pakitėjimas, kuris, reikia manyti, tokios jau kilmės, kaip vargonų dūdose: žinoma, kad atdaros dūdos duoda aukštesnės oktavos garsą, nekaip tokio jau dydžio uždaros. —

Garsas keičiasi, ligoniui pakeičiant savo padėtį, kas pareina nuo to, kad kavernos skysto tūrio padėtis pasikeičia, ir aukščiau šito skysčio esąs oro stulpas pailgėja ar sutrumpėja — G e r h a r d t'o garso pakitėjimas. — Auskultuodami kavernas, gauname amforišką, metališką skardų alsavimą (panašų į garsą, kurį gauname, pūsdami į butelio skylę) ir skardžius vidutinius ir stambius vezikulinius k u n k u l i u o j a n č i u s k a r k a l u s. Bekosint išskiriama daug gleivėtų pūlingų s k r e p l i ų su kazeozinėmis masėmis, su elastingomis skaidulomis (plaučių audinių griuvimas), bacilomis.

Tuberkuliozės bacilų randame daug, kai skreplių maža; esant daug skreplių, bacilų maža ir jų rasti sunku.

K o s u l y s nėra būtinas plaučių tuberkuliozės pradžios simptomas. Dažniausiai paprastai tai būna tik lengvas negausaus bronchų sekreto atsikosėjimas, kuris be kosulio virpančiojo epitelio judesiu išstumiamas į viršutinius alsavimo takus, į gerklę ir ryklę. Ilgainiui ligoniui išsivysto žiočių ir gerklės katarai, ypač pavasarį ir rudenį, dažnai sunkaus laringito pavidalo, bet be specifinių gerklės pakitėjimų.

Kaipo t o k s e m i j o s r e i š k i n i a i, išsivysto: širdies plakimas, tachikardija baltymų griuvimas ir progresuojąs suliesėjimas; drugys su drugišku skruostų paraudimu, nakties prakaitavimas ir šiurpulys; nenugalima stoka apetito, viduriavimas nėsant opų žarnose, o tiktai del suerzinimo tuberkulinu; albuminurija del inkstų suerzinimo; sąnarių, daugiausia smulkiųjų, skausmai; raumenų skausmingumas, neuritai; nemigas; kartais tremor ir exophthalmus, kaip kad Basedow'o ligoje; bendra pakelta savijauta — spes cachecticorum.

Drugys su aukštais užsimojimais, rytais normoj, vakarais iki 39—40°, vad. hektiškas drugys — ypač stebimas paskutiniais džiovos periodais: pasidarius tuštymams pūlių susitelkimams, kai griuvimo produktai ir bakterijų toksinai įsisiurbia, o taip pat, kai jau iš pradžių procesas žengia staiga, esant vad. šuoliais einančiai greitajai džiovai.

Nuo organizmo atsparumo pareina ligos eiga, kuri būna labai įvairi, visoj eilėj atsitikimų neina paraleliai anatominių atmainų sunkumui. Kartais plaučiuose objektyviai mes veik nieko nerandame, o ligoniai žūna turėdami aštraus apsinuodijimo vaizdą; ir atvirkščiai, ligoniai turi dideles kavernas, gali ilgai gyventi, būdami darbingais be intoksikacijos bendros įtakos organizmui.

Ligos vaizdas pasidaro sudėtingas, kada prisideda k i t ų o r g a n ų susirgimai. Susirgus g e r k l e i balsas darosi užkimęs, kurtus, iki visiškos afonijos; drėskimo ir skausmo jutimas gerklėj; tiriant randama epiglottidis, balso stygų ir ypač tarp-

arytenoidiniame tuštyme tuberkuliozės infiltracija ir opos. — Jei tuberkuliozės opų esama ž a r n o s e, tai gali įvykti žarnų kraujaplūdis arba išsivysto atkaklūs viduriavimai; išmatose galima rasti pūlių, kraujo bacilų. — Jei nesveiki i n k s t a i — kraujas, pūliai šlapime, bacilos, tuberkuliozinės masės, reiškiniai prostatoje, priedėlyje ir sėklinėse pūslelėse.

Aštri miliarinė tuberkuliozė įvyksta del to, kad bacilos iš tuberkuliozės židinio paplinta organizme:

1. Kraujo sistemos takais — ū m i n ė b e n d r a m i l i a r i n ė t u b e r k u l i o z ė. Plaučiai, inkstai, jaknos, blužnis privarstyti smulkių, kaip smiltelė, ar kiek stambesnių tuberkulų; taip pat ir minkštieji smegenų apvalkalai, akies chorioidea; seroziniai apvalkalėliai arba apibarstyti tuberkulais, arba pasidaro juose įvairaus laipsnio įdegimų su seroziniu, pūlišku ar hemoragišku eksudatu. Jos eiga gali būti labai panaši į vidurių šiltinės eigą: aukšta t°, su netaisyklingais svyravimais, sunki bendra būklė, kartais klajojimas, padidėjusi blužnis, kartais net roseola, dažnas alsavimas, kurio nestebima kitose infekcijose, iki 60 ir daugiau alsavimų minutėje (pasidariusieji tuberkulai erzina n. vagi galus?). M e n i n g i t i n ė j e formoje: galvos skaudėjimas, klajojimas, sprando ir nugaros raumenų sutraukimas, strabismus ir kt.

2. M i l i a r i n ė s e r o z i n i ų a p v a l k a l ė l i ų t u b e r k u l i o z ė — pleuros, perikardo, peritoneum'o, kiekvieno jų skyrium ar visų kartu, gali įvykti savarankiškai, kai iš seno kaimyninio seroziniam apvalkalėliui lizdo patenka bacilos į tuštymą; jos eiga paprastai subakutinė ir net chroniška, su pertvarų pasidarymu, eksudato apsirėžimų, organų suaugimais ir kt. — vad. polyserositis.

3. U m i n ė k a z e o z i n ė p n e u m o n i j a: plečiasi bronchų takais, įalsuojant skreplius, susidaro tuberkulų ir kazeozinių lizdų, kartais tiek gausingų, jog būna apimta visa plaučių dalis; greit gali įvykti plaučių audinio griuvimas ir susidaryti kavernų — pthisis florida; ligos eiga pradžioje primena krupozinę pneumoniją: timpaniškas pribukęs garsas, smulkūs vezikuliniai karkalai, sunkus dusulys.

Po kraujaplūdžių tuberkuliozikams dažnai pakyla t-ra ir pablogėja ligos eiga, kas pareina nuo to, kad išsivysto aspiracinė pneumonija del to, kad įalsuojant į žemutines plaučių dalis prisisiurbia kraujo, o kartu su krauju prisisiurbia ir tbc. lazdelyčių; aspiracinės kilmės pneumonijos gali paskui virsti plačiomis kazeozinėmis pneumonijomis. Paprastai aspiracinė pneumonija pasidaro toj pusėj, kur yra buvęs kraujaplūdis; ir židinių atsiradimas žemutinėj plaučių dalyj — su pribukimu, krepitaciniais karkalais, neaiškiu alsavimu ir kt. — gali todel būti nurodymu, iš kurio plaučio yra įvykęs kraujaplūdis. Tatai

pažinti labai svarbu terapijos priemonėms, kurių viena yra operacijos pagelba dirbtinio pneumotorakso pavidalu, kuris turi būti atliktas ant atatinkamo kraujuojančio plaučio. Po šitos operacijos kraujaplūdis greit sustoja, procesas įstatomas į palankias gijimui sąlygas, t-ra pasidaro žemesnė.

Atradus tuberkuliozės lazdelytes, R. Koch'as 1890 mt. pagamino glicerininį tuberkuliozinių toksinų ekstraktą (filtruodamas ir sutirštindamas iki $^1/_{10}$ 4 savaičių tbc. bacilų kultūrą 5% glicerino agare), kurį jis pavadino tuberkulinu (Koch'o Alt-tuberkulin), ir pasiūlė švirkšti jį po oda po vieną — kelis centigramus diagnostikos tikslams, — tuberkulioze sergantieji reaguoja t-ros pakilimu. Bet greit pasirodė, kad, turėdama geros diagnostikai reikšmės, šita reakcija nėra nepavojinga, kadangi nuolat ji sužadina vietinio proceso paaštrėjimą ir net miliarinės tuberkuliozės išsivystymą. O todel, tokio pavidalo, kaip kad buvo ją pasiūlęs Koch'as, reakcija gydytojų greit buvo pamesta, bet rado sau platų pritaikymą veterinarijoj, kur ir šiandien ją naudojamasi, kaip patikima priemone gyvulių tuberkuliozei pažinti. Šiais laikais diagnostikai vartojamos žymiai mažesnės dozės: pirmam išvirkštimui 0,001.

1907 mt. Pirquet pasiūlė tuberkulino reakciją odoje (su 25% Koch'o tuberkulinu), kuri daroma lygiai taip, kaip ir raupų skiepymas: ant odos užlašinamas tuberkulino lašas ir jo ribose daroma skarifikacija: parai praėjus, kartais vėliau, jei atsitikimas teigiamas, skarifikuotoji vieta parausta ir patįsta, ten iškyla papula, išeinanti iš skarifikacijos ribų, kuri kelioms dienoms praėjus prapuola. Greit po to Calmette pasiūlė kitą reakciją, akių — įleisti į akį 1—2 lašu 1% Koch'o tuberkulino skiedinio, praslinkus 6—8 valandoms po įlašinimo tuberkuliozikams pasidaro konjunktivitas, kurs paprastai prapuola po 1—2 parų. Akių reakcija nėra nepavojinga, nes kartais konjunktivitai būna labai aštrūs, pasidaro fliktenų, keratitų, iritų. Gana didelę reakciją sukelia pakartotinis tuberkulino įlašinimas, net ir po 1—2 savaičių, į tą pačią akį, o lygiai ir antras tuberkulino išvirkštimas po oda.

Tuberkulino reakcija yra išraiška organizmo apsigynimo priemonių prieš bacilas ir jų toksinus, gaminant antikūnus. Tuberkulioziniame židinyj, susikibus tuberkulinui su antituberkulinu, gaunama aštri židinio reakcija su proceso paaštrėjimu, kartais su tuberkulų sugriuvimu ir bacilų paplitimu, esant bendrai drugio būklei. Sunkioj tuberkuliozėj, kada visi antikūnai yra susieti su toksinais ir bakterijomis, įleistas tuberkulinas neranda laisvų receptorių, susikibimo neįvyksta, ir reakcijos nebūna. Taip pat negaunama reakcijos sveikiems, kadangi čia trūksta antikūnų, ir suvargusiems, kurių ląstelės neįstengia pagaminti antikūnų ir laisvų receptorių. Pavartojus tuberkuliną pakartotinai, visos organizmo ląstelės pamažu gauna antitoksino, kuris tokiu būdu gauna atsargai laisvą receptorių kovai su naujai patenkančia į kūną infekcija iš išorės ar iš esančių židinių.

(B. d.)

Doc. P. Stančius.

Pravedamoji anestezija (Leitungsanästhesie) burnoje*).

Pravedamoji anestezija burnoje turi ne mažesnės reikšmės negu kitose srityse. Jau kokaino eros pradžioje, 1885 m., H a l s t e i d t'o buvo pavartota mandibuliarinė anestezija. Pastaraisiais laikais, galima sakyti, be pravedamosios anestezijos burnoje neįmanoma apsieiti. Čia ji randa savo pritaikymą ne tik chirurginiais atvejais, bet ir konservatiškame dantų gydyme ir dantų protetikoje.

Dantų ekstrakcijoms paprastai vartojama vadinamoji vietinė infiltracinė anestezija, atliekant injekcijas anestezuojamojo tirpinio po gingiva intraperiostaliai. Bet ne visais atvejais šitokia anestezija duoda reikiamų rezultatų. Infiltracinė anestezija yra gera tik pryšakinių ir viršutinių dantų srityje, gi apatiniams moliarams ji esti visai nepakankama. Pryšakinių, o ypač viršutinių dantų srityje žandikaulio alveoliarinė atžala (processus alveolaris) yra nestora; labialinės alveolų sienelės yra tiek plonos, jog dantų šaknys beveik persišviečia, pasireikšdamos aiškiomis juga alveolaria. Todel vietinei anestezijai čia yra palankios sąlygos; atlikus subgingivalinę injekciją dantų šaknų viršūnių srityje, esama užtektinai šansų, kad anestezuojamasis tirpinys lengvai prasisunks pro ploną alveolos sienelę ir pasieks plexus dentalis; tokiu būdu įvyks greita ir tikra danties ir jo aplinkumos anestezija. Visai kitos sąlygos yra apatinių moliarų srityje. Čia alveoliarinė atžala tiek yra masyvi ir kaulo kortikalinė dalis iš žando pusės dėka lin. obliqua mandibulae, tiek yra stora, jog laukti injekuoto į gingivą tirpinio difuzijos iki plexus dentalis yra dalykas be prasmės, ir todel čia vietinė anestezija tikslo nepasiekia; pavartoję ją, geriausiu atveju turime tik minkštųjų dalių, t.y. gingivos, anesteziją; gi kaulo ir danties pulpos anestezijos neturime. Gauti visiška apatinių moliarų srities anestezija galima tik pavartojus pravedamąją n. alveolaris infer anesteziją, t. y. atlikus anestezuojamojo tirpinio injekciją ties for. mandibulare.

Bendrai pravedamoji anestezija burnoje įgauna didelės svarbos tuo atžvilgiu, kad ne tik šitos srities mažesniais chirurginiais atvejais, bet ir didesniais (žandikaulių rezekcija) gali sėkmingai atstoti bendrą narkozę, kuri, kaip žinoma, čia dėliai operacinio lauko artimumo yra techniškai kebli ir kartu sudaro pavojaus kraujui patekti į kvėpuojamuosius takus, del ko pasidaro ponarkozinių pneumonijų ir kitų komplikacijų.

---

*) Pranešimas, darytas Kauno dantų gydytojų sąjungos posėdyje 1926 mt. spalio mėn. 10 d.

Yra vartotina šių burnos ir žandikaulių srities nervų pravedamoji anestezija: nervi alveolar. infer. — mandibuliarinė anestezija, nervi alveolar. super. poster. — tuberanestezija (Tuberanästhesie); nervus infraorbitalis —ties foram. infraorbitale, nervus mentalis — ties foram. mentale, nerv. palatinus major — ties foramen palat. majus., n. nasopalatinus Scarpae — ties foram. incisivum; be to, atliekamos gilios injekcijos ištisų nervi trigemini šakų anestezijai: II nervi trigem. šakos (n. maxillaris) — ties fossa pterygo-palat. ir III nervi trigem. šakos (n. mandibularis) — ties foram. ovale.

Dažniau tenka vartoti mandibuliarinė anestezija ir ypač apatinių moliarų ekstrakcijai; kadangi pastarieji dantys yra stambūs, turi ilgas, plokščias, neretai užlenktas šaknis, tai ir šitų dantų traukimas būna keblus, reikalingas geros anestezijos.

Mandibuliarinė anestezija atliekama anestezuojamojo tirpinio injekcijos pagelba ties foram. mandibulare. Prieš kalbant apie injekcijos techniką, tenka prisiminti kai kurie anatominiai daviniai, kuriais būtinai reikia vaduotis atliekant injekciją. Pirma eile reikia pažymėti pakilusios apatinio žandikaulio atžalos priešakinis kraštas (margo anterior rami ascendentis mandibulae), kuris yra tęsinys lin. obliquae mandibulae ir sulig kuriuo orientuojamasi injekcijos išeinamojo punkto atžvilgiu. Kiek medialiau ir į užpakalį nuo margo anterior ir beveik paraleliai pastarajam eina crista temporalis; neprieinant paskutinio moliaro distalinio paviršiaus, crista temporalis skiriasi į du crus: crus mediale ir crus laterale; abu crus ir distalis paskutinio moliaro paviršius sudaro trigonum retromolare. Tarpas tarp margo anterior ir crista temporalis, aukščiau trigonum retromolare, vadinasi fovea retromolaris (S i c h e r). Į užpakalį nuo crista temporalis medialiniu rami ascendentis paviršiumi eina sulcus colli mandibulae; pastarasis prasideda nuo processus condyloideus ir pereina į foramen mandibulare; mandibuliarinio latako anga iš medialinės pusės ir apačios yra aprėžta lingula mandibulae. Esant burnai atdarai, foram. mandibulare projekcija yra vienu centimetru aukščiau negu moliarų kramtomasis paviršius; atdaroje burnoje tenka stebėti stora, pakili raukšlė, einanti nuo užpakalinio apatinio moliaro link hamulus pterygoideus — plica pterygo-mandibulare.

Darant injekciją reikia turėti galvoje injekcijos išeinamasis — dūrimo punktas, injekcijos tikslas ir adatos eiga. Dūrimo punktas yra einant anatominiais daviniais už trigonum retromolare, atatinkamai for. mandibulare projekcijai, vienu centimetru aukščiau negu moliarų valgomasis paviršius, tuč tuojau už crista temporalis; jeigu darysime dūrimą foveae retromolaris srityje, tai tolesniam adatos įkišimui kaip tik kliudys crista temporalis. Taigi praktiškai mandibuliarinė injekcija atliekama šiuo

būdu: esant pusėtinai atdarai burnai, einant lin. obliqua, apčiuopiamas rodyklio piršto (kairiosios rankos, darant injekciją dešiniojoj pusėj) galu margo anterior; padėjus rodyklį pirštą ant moliarų valgomojo paviršiaus ir atsispyrus piršto galu į fovea retromolaris, turime injekcijos aukštumą, gi piršto radialinis paviršius nurodys crista temporalis. Tuč tuojau piršto galo aukštumoje už crista temporalis ir daromas adatos dūrimas. Dūrimo punktui nustatyti, be to, dar padeda plica pterygo-mandibularis: dūrimas daromas į išorę nuo raukšlės. Dūrimu reikia pasiekti kaulas; kad palengvintume sau šitą uždavinį, t. y. kad greičiau užtiktume kaulą, reikia adata durti iš priešingos injekcijai burnos pusės. Pasiekus kaulą ir įleidus kiek anestezuojamojo tirpinio, adata pakreipiama anestezuojamon burnos pusėn ir injekcija daroma tolyn, visą laiką laikantis kontakto su kaulu (medialiniu rami ascendentis paviršiumi). Įkišus adatą apie 1½—2 cent. gilyn. pajaučiama kaulo kontakto stoka; šitoje vietoje adatos kryptis keičiama ta linkme, kad pastarosios galas nukryptų į išorę, turint galvoje, kad rami ascendentis medialinis paviršius yra kiek nukreiptas ir į užpakalį. Tuo būdu pasiekiama sulcus colli mandibulae sritis, kurioje iš viršaus į pryšakį eina n. alveolaris inferior, patekdamas žemiau į foramen mandibulare. Nervas su indais guli riebalinėje narvelienoje, kuria yra užpildytas tarpas tarp rami ascendentis medialinio paviršiaus ir musc. pterygoideus internus; šitas tarpas vadinamas spatium pterygomandibulare. Pasiekus šitą tarpą, įleidžiama 1½—2 ccm. 2% novocaini, 1% tutocaini arba kito anestezuojamojo tirpinio su adrenalinu (suprareninu); injekcija esti perineurinė, bet gali atsitikti ir endoneurinė. Injekcijos gilumo atžvilgiu šablono negali būti. Visais atvejais tenka individualizuoti, atsižiūrint į nevienodą veido kaulų stambumą, rami ascendentis mandibulae statumą, platumą bei padėtį. Anestezijai įvykstant reikia išlaukti 10—20 minučių; mūsų patyrimais, 2% novokaino injekcija po 10 minučių visais beveik atvejais duoda pakankamą anesteziją. Po mandibuliarinės injekcijos gaunama visiška atatinkamos apatinio žandikaulio pusės anestezija, išskiriant kiek hypestetinę zoną incizivų srityje, kadangi pastarieji gauna iš dalies įnervaciją iš priešingos burnos pusės; be dantų ir žandikaulio anestezijos, turime bukalinės gingivos anesteziją, išskyrus I—II moliarų sritį,kuri įnervuojama nervi buccinatorii šakelių. Be to, gaunama anestezija apatinės lūpos, kuri po injekcijos greičiausiai pasireiškia. Gingiva iš liežuvio pusės yra įnervuojama lingvalinio nervo (n. lingualis), taigi padarę grynai mandibularinę injekciją, lingvalinės gingivos anestezijos negauname. Kartu su n. alveolar. infer. anestezija tenka kombinuoti ir n. lingualis anestezija, kas techniškai visai nesunku dėliai šitų dviejų nervų artimos anatominės kaimynystės. In spatium pterygo-mandibulare nervus lingualis, atsisky-

ręs nuo nerv. mandibularis, eina medialiau ir kiek į pryšakį nuo nerv. alveolaris infer. po burnos dugno gleivine liežuvio link. Taigi atlikus ties foram. mandibulare injekciją, adata neištraukiama visai, bet atitraukiama iki crista temporalis ir čia, adatos galą pakreipus kiek į medialinę pusę, įleidžiama papildomai ½ ccm. anestezuojamojo tirpinio tirpinio; tuo pasiekiama nervi linlingualis anestezija.

Bendrai, pavykusi mandibuliarinė anestezija kartu su n. lingualis anestezija duoda, galima sakyti, visišką apatinio žandikaulio pusės su lingvaline ir bukaline (išskiriant I—II moliarų sritį) gingiva anesteziją; be to, turima burnos dugno gleivinės, liežuvio ir lūpos pusės anestezija.

Be šitos iš burnos pusės atliekamos nerv. alveolaris infer. anestezijos, yra daroma dar anestezija ekstraoraliniu būdu. Šitas būdas yra taikomas tais atvejais, kai burna negali būti atidaroma (trismus, Kieferklemme). Ekstraoralinės injekcijos technika yra nekomplikuota. Dūrimo punktą ir adatos kryptį pažymime, laikydami nykščio galą (kairės rankos atliekant injekciją dešinėje pusėje) po angulus mandibulae, o ištiestą rodyklį pirštą radialiniu paviršiumi užpakaly ramus ascendens. Dūrimas daromas prie nykščio galo: pasiekus vidujinį rami ascendentis paviršių, adatai priduodama paralėli rodykliui pirštui kryptis ir injekcija tęsiama iki foram. mandibulare, laikantis kontakto su kaulu. Injekcijos gilumo atžvilgiu tenka orientuotis sulig apatinių moliarų valgomojo paviršiaus aukštuma.

Vadinamoji tuberanestezija (Tuberanästhesie) yra atliekama injekcija ant tuber maxillare, sudarant anestezuojamojo tirpinio depo ties foramina alveolaria, į kuriuos patenka atsiskyrę nuo nervi maxillaris liemens n. n. alveolares superiores posteriores. Pastarieji nervai įnervuoja viršutinius I, II, III moliarus; be to, netolimais praeina varijuojąs savo padėtim ir įnervuojąs I moliarų ir II premoliarų nervus alveolaris medius. Injekcijos technikos atžvilgiu reikia turėti galvoje, kaipo orientacijos punktas, crista zygomatico-alveolare, kuri nuo sutura zygomatico-maxillare eina vertikaliai I moliaro link; crista zygomatico-alveolare gerai apčiuopama. Dūrimas daromas tuč tuojau už crista zygomatico-alveolare. Pusiau atdara burna, injekcijos pusėn pakreiptas apatinis žandikaulis leidžia geriau atitraukti burnos kampą ir prieiti fornix vestibuli oris viršutinių moliarų srityje. Padarius dūrimą už crista zygomatico-alveolare fornix'o srityje iki kaulo, adatos galas pakreipiamas į užpakalį, į viršų ir į vidų ir ta kryptimi, laikantis kaulo, praeinama 1½ cent. Pasiekus tuo foram. alveolaria srities, įleidžiama 1½ ccm. tirpinio. Atliekant injekciją, patariama ankštai laikytis kaulo kontakto, nes priešingu atveju adata lengvai nuslenka į žando minkštąsias dalis, sukeldama pastarojo staigią infiltraciją, arba patenka į plexus pterygoi-

deus ir tada anestezijos efektas neįvyksta. Po injekcijos anestezija įvyksta 7—10 minučių praslinkus. Anestetinė zona apima visų trijų viršutinių moliarų ir kai kada (paveikus tirpiniui n. alveolaris medius) II premoliaro sritį; gingiva iš gomurio pusės lieka neanestezuota, kadangi pastaroji gauna įnervaciją iš nervus palatinus anterior.

Tuberanestezija vartojama sunkesniais, dažnai periodontitinių dantų ekstrakcijų atvejais ir šiaip kitais chirurgiškais įsikišimais viršutinių moliarų srityje; ypač šita anestezija patarnauja skausmingais aštriais periodontitinių moliarų ekstrakcijų atvejais. Bendrai, tuberanestezija yra vartojama rečiau negu mandibuliarinė anestezija, nes viršutinių moliarų srityje gana gera esti ir vietinė anestezija.

N. n. alveolares supreriores anteriores pravedamoji anestezija yra atliekama pagelba injekcijos į foram. infraorbitale. Nervi alveolares superiores anteriores įnervuoja incizivus, caninus ir premoliarus. Injekcijos tikslas yra pasiekti ne tik foram. infraorbitale, bet ir galu adatos praeiti kanalo gilumon 10 mm., t. y. iki tos vietos, kur nervi alveolares superiores anteriores atsiskiria nuo nervus infraorbitalis ir pereina į pryšakinių dantų plexus dentalis. Yra du būdu injekcijos: ekstraoralinis ir intraoralinis; dažniau yra vartojama ekstraoralinė injekcija, nes pastaroji techniškai lengviau yra atliekama.

Foramen infraorbitale surandamas sulig sutura zygomatico-maxillaris; pastaroji gerai pasireiškia ant margo infraorbitalis. Padėjus pirštą ant margo infraorbitalis ir traukiant pastarąjį nuo nosies pusės išorinio akies kampo link, randamas maždaug apie apatinio orbitos krašto vidurį nelygumas, atatinkąs sutura zygomatico-maxillaris; ½ cent. žemiau šito nelygumo esama foram. infraorbitale. Laikant pirštą ant margo infraorbitalis, daroma provizorinė, subkutaninė ½ ccm. injekcija; po to, zonduojant adatos galu, nusmunkama gilyn į foram. infraorbitale; belaikant adatą kryptimi į užpakalį, viršų ir išorę, atatinkamai canalis infraorbitalis eigai, praeinama 8—10 mm. į kanalą ir įleidžiama ½ ccm. tirpinio. Po 3—5 minučių gaunama atatinkamos pusės pryšakinių ir premoliarų dantų anestezija, išskyrus centrinį incizivą, kuris dar gauna įnervaciją iš kontralateralinės pusės; norint turėti ir pastarojo visišką anesteziją, reikėtų atlikti injekcija į kitos pusės foram. infraorbitale.

Atliekant anesteziją intraoraliniu būdu, dūrimas daromas in vestibuli oris (gingiva mobile) tarp centrinio ir lateralinio incizivų; laikant adatą kryptimi į užpakalį, viršų ir išorę, praeinama gana giliai pro minkštąsias dalis fossae canini, iki pasiekiama foram. infraorbitale.

Pravedamoji n. n. alveolares super. anterior anestezija yra vertinama tais atvejais, kai pryšakinių ir premoliarų dantų srity-

je esama uždegimo procesų, pasiekusių žymesnės infiltracijos arba supūliavimo stadijos, ir tokiu būdu turima vietinei anestezijai kontrindikacija; atlikus injekciją iš tolo į foramen infraorbitale, gaunama gera anestezija, leidžianti atlikti reikalingą intervenciją be skausmo.

Nervus platinus anterior anestezuojamas pagelba injekcijos ties foramen palatinum majus. Pastaroji anga yra šale paskutinio viršutinio moliaro, žandikaulio alveoliarinės atžalos į gomurį perėjimo vagelėje. Dūrimas reikia daryti arčiau angos projekcijos, t. y. II moliaro srityje; duriant adatą į viršų ir užpakalį, patenkama į foram. palatinum majus. Pakanka įleisti½ — 1 ccm. tirpinio, kad infiltruotume užpildytą riebaline narveliena foram. sritį ir paveiktume tuo būdu n. palatinus anterior. Gaunama atatinkamos pusės minkštojo ir kietojo gomurio iki caninus srities anestezija.

Gomurio dalį į pryšakį nuo caninus, t. y. tarp incizivų ir caninus, įnervuoja ateinąs iš nosies pro canalis incisivus nervus naso -palatinus Scarpae. Šito nervo pravedamoji anestezija gali būti atlikta iš burnos arba nosies pusės. Pirmuoju atveju injekcija daroma į foramen incisivum, t. y. į bendrą abiejų incizivinių kanalų angą; iš nosies pusės dūrimas atliekams prie nosies pertvaro į kiekvieną kanalą atskirai. Gomury foramen incisivum atatinka gerai matomą užpakaly centrinių incizivų, vidurinėje linijoje, gomurio spenelį (papilla palatina). Dūrimas daromas ties papilla ir pasiekiama foram. incisivum; patį gomurio spenelį vengiama durti dėliai pastarojo ypatingo jautrumo; po injekcijos į foramen incisivum gaunama visos pryšakinės gomurio iki iltinių dantų srities anestezija.

Nerv. palatin. anter. ir n. naso-palatin. Scarpae pravedamoji anestezija vartojama nedažnai; pavartojama tik tais atvejais, kada vietinei anestezijai esti kontrindikacija, pavyzdžiui: gomurio subperioriostalinių abscesų incizijai.

Neretai tenka pavartoti apatinio žandikaulio srity injekcija į foram. mentale; tuo būdu gaunama anestezija apima apatinių pryšakinių, premoliarų dantų ir apatinės lūpos sritį. Topografiškai foramen mentale yra tarp I ir II premoliaro, pusės žandikaulio aukštumoje. Patekti į foram. mentale galima tik laikant adatą iš užpakalio, viršaus į pryšakį, žemyn ir į vidų, nes foramen iš pryšakio ir apačios aprėžta pakiliu, gana gerai išreikštu, kraštu, kas duoda galimumo nurodytu būdu adatos galui nusmukti į foramen; injekcija gali būti atlikta ekstraoraliai ir intraoraliai; anestezija įvyksta labai greitai. Centralinių incizivų srityje anestezija būna reliatyvi, nes nervų šakelės iš dalies pereina iš kontralateralinės pusės; todel, norint turėti visišką pryšakinių apatinių dantų anesteziją, reikia atlikti injekcija į foramen mentale iš abiejų pusių.

Be aukščiau išvardytų, palyginti, negilių, paviršutinių injekcijų, gali būti vartojamos dar gilios injekcijos ties atatinkamomis makaulės bazėje angomis. Norint pasiekti visos n. trigemini III šakos (n. mandibularis) anesteziją, tenka atlikti injekcija ties foramen ovale. Šita injekcija daroma perkutaniniu iš žando pusės būdu atatinkamos ilgos adatos pagelba. Dūrimas atliekamas į žandą po arcus zygomaticus ir, laikant adatą kryptimi processus pterygoidei šaknies, praeinama apie 6 cent. gilyn, kol adatos galas atsispirs į facies infratemporalis ossis sphenoidalis toje vietoje, kur prasideda processus pterygoideus; slenkant kaulo paviršiumi kiek užpakaliau pastarojo, patenkama į foramen ovale. Gaunama anestezija apima visą apatinį žandikaulį, liežuvį iki papillae vallatae, apatinę lūpą ir odos platoką juostą, einančią nuo smakro pro burnos kampą, akies išorinį kampą iki smilkinio srities imtinai. Tiek injekcija ties foram. ovale, tiek ties foramen rotundum techniškai nėra lengva atlikti, nes tenka manipuliuoti gilumoje ir arti didelių indų.

Nervus maxillaris (II nervi trigemini šaka) anestezuojamas pagelba injekcijos į fossa pterygopalatina, ties foramen rotundum. Šita injekcija gali būti vykdoma keleriopu būdu: per foramen spheno-palatinum iš nosies pusės, per orbitą; paprastesnis kelias reikia laikyti per fossa infratemporalis; padarius perkutaninį į žandą dūrimą, einama po arcus zygomaticus, pro tuber maxillae, fossa infratemporalis į fossa pterygo-palatina. Paskutiniu laiku (Doc. H o f e r'io, Vienoje) yra pasiūlytas injekcijos būdas iš burnos pusės per canalis pterygo-palatinus; dūrimas daromas į foramen palatinum majus, praeinama į canalis pterygo-palatinus 4—5 cent. ir patenkama į fossa pterygo-palatina ties for. rotundum; tas būdas yra tuo patogesnis, kad jau pats kanalas nustato adatos eigą; adata neturi būti stora. Gaunama anestezija apima visą viršutinį žandikaulį, kas leidžia dargi pastarojo totalę rezekciją atlikti.

Tiek į foramen ovale, tiek į foram. rotundum (ir per canalis pterygo-palatinus) mūsų buvo vartojamos, be ko kita, alkoholio injekcijos n. trigemini šakų idiopatinei neuralgijai gydyti.

Pravedamosios anestezijos tikslams burnoje dažniausiai yra vartojamas novokaino 2%, 4% arba tutokaino 1% tirpinys. 2% novokainas vartojamas tais atvejais, kada nėra reikalo turėti visiškos dantų pulpos anestezijos (įvairūs chirurgiški įsikišimai). Norint gi turėti pulpos anestezija (dantų preparavimas, jų gydymas), tenka vartoti 4% novokainas, nes pati danties pulpa sunkiau duodasi anestezuoti.

Kaipo taisyklė, pravedamajai anestezijai yra vartojamos ilgesnės adatos. Mandibularinei, tuberanestezijai yra vartojamos 5 cent. ilgio ir 0,75 mm. storio adatos; gilioms gi injekcijoms į foramen ovale, foramen rotundum imamos 8 cent. ilgio ir 1 mm.

storio ir su tam tikru užmautu, paslankiu žiedeliu injekcijos gilumo orientacijai; injekcijoms į foram. infraorbitale, foram. mentale, incisivum tinka adatos Nr. 17 ir 18. Prieš atliekant gilesnes injekcijas, visais atvejais mūsų buvo vartojama provizorinė dūrimo vietos anestezija mažos, plonos atados pagelba.

Iš komplikacijų, kurios gali įvykti atliekant injekcijas, tenka pažymėti: adatos patekimas į kraujo indą, kas yra negeistina tuo atžvilgiu, kad tirpinys, patekęs į kraujo apytaką, gali sužadinti bendrus reiškinius arba vietinę išemiją; be to, anestezijos efekto negaunama. Tirpinio injekcijai į indą išvengti, patariama prieš galutinai atliekant injekciją padaryti švirkle aspiracijos judesys stebint, ar pasirodys švirkšlėj kraujo. Tenka pažymėti nemaloni komplikacija — adatos lūžimas; vartojant ilgas adatas, pastarajai lūžus prie kaniulės, nulūžusi dalis pavyksta pašalinti už liuoso galo. Po mandibuliarinės injekcijos kai kada atsitinka n. facialis parezė. Šitas fenomenas vienų yra aiškinamas centripetaliniu anestezijos veikimu per n. lingualis tarpininkaujant chorda tympani, arba per n. auriculo-temporalis; kiti gi autoriai prileidžia tiesioginį tirpinio veikimą n. facialis. kai per giliai atliekama injekcija, arba pats nervas anomališkai esti padėtas (Sicher). Paprastai parezė greit praeina, bet esama atsitikimų, kai pastaroji laikėsi ir keletą dienų.

Mūsų odontologinės poliklinikos praktikoje iš 487 mandibuliarinių injekcijų turėta 2 atsitikimu laikinos n. facialis parezės. Vienu atsitikimu parezė išnyko praėjus anestezijai, kitu gi parezė laikėsi apie 1½ val. po injekcijos.

Autoreferat.

Leitungsanaesthesie in der Mundhöhle.

Vortrag, gehalten in der Versammlung der Kovnoer zahnärztlichen Gesellschaft, über Leitungsanästhesie in der Mundhöhle einschliesslich der Injektion am foramen ovale und rotundum; es wurden in kurzen Zügen die Technik und die häufigen Komplikationen abgehandelt.

Literatūra.

1) Bier, Braun, Kümmel. — Chirurgische Operationslehre. B. I.
2) Prof. E. Borchers. — Allgemeine und specielle Chirurgie des Kopfes. 1926.
3) G. Fischer. — Die örtliche Betäubung in der Zahnheilkunde.
4) M. Roy. — Thérapeutique de la bouche et des dents.
5) Prof. Williger. — Zahnärztliche Chirurgie.

Dr. Vl. Kuzma.
Vyr. asistentas.

Iš L. Un-to Medicinos Fakulteto chirurginės klinikos.
(Vedėjas prof. A. Hagentornas).

Pastabos del ankstybo inkstų tuberkuliozės pažinimo.

Bedarbė, skurdas, neužtikrintas ryt dienos pragyvenimas ir abelnai bloga socialinė būklė daugeliui jaunų žmonių esti įvairių susirgimų, ypač džiovos, priežastimi. Bet mes čia dabar negvildensime mums tų gan opių mūsų krašto socialinių trūkumų, nes turime kitą, kad ir kiek siauresnį, tikslą: padaryti keletą diagnozinių pastabų del dažniausiai iš skurdo, — gal kas pasakytų net „iš ištvirkimo", — pareinančių inkstų tuberkuliozės komplikacijų bei kombinacijų.

Prieš darydami del ankstybos inkstų tuberkuliozės diagnozines pastabas, mes pakalbėsime dar trumpai ir bendrai apie tuos patologiškus tuberkuliozinių inkstų pakitimus, kuriais ypač remiama tuberkuliozinių inkstų diagnostika.

Del tuberkuliozinių inkstų diagnostikos visų pirma svarbu žinoti tai, kad, inkstui staigiai susirgus tuberkulioze, esti kitokių jo patologiškų pakitimų, negu chroniškų tuberkuliozinių inkstų susirgimų formose.

Staigieji inkstų tuberkuliozės pakitimai glaudžiai susiję su miliarine tuberkulioze, kuri pareina iš tam tikrų tuberkuliozės paliestų organų, k. a.: iš plaučių, ir toliau, kaip kad patologas O r t h'as yra nurodęs, eina kraujo takais, paliesdama kepenis, blužnį, inkstus ir kitus organus.

Miliarinė inkstų tuberkuliozė skleidžiasi smulkiausiais inkstų indais ir glomerulais, ir dažniausiai iš karto apima visą kortikalinį inksto sluoksnį, nors taip pat greit po infekcijos miliariniai tuberkulai atsiranda ant calices renales ir ant inkstų geldelių sienų. Tos staigiosios miliarinės inkstų tuberkuliozės rūšies praktikoje netenka gvildenti, kaip atskiro inkstų tuberkuliozės susirgimo, nes greit bendra viso organizmo miliarinė tuberkuliozė pabaigia ligonio gyvenimą.

Iš chroniškųjų inkstų tuberkuliozės rūšių gali būti tokių, kurios ilgą laiką neduoda aiškių inksto susirgimo reiškinių, ir užtat tokių inkstų ankstybi patologiški pakitimai mums labai rūpi. Patologai anatomai iš skrodimų medžiagos pastebi, kad esti tokių chroniškosios inkstų tuberkuliozės pakitimų, kurie apima ir kortikalinį ir parenchiminį inkstų sluoksnius, bet tie pakitimai dar neliečia inkstų geldelių ir todel tuberkuliozinė inkstų medžiaga pro šlapimo takus negali išeiti lauk, resp. negali rodyti tuberkuliozinio inksto susirgimo. Nors ir tokios patologų pastebėtos, sakysime „uždaros", inkstų tuberkuliozės rū-

šys taip pat gali būti daugiau įtartos, kaip esančios miliarinės tuberkuliozės formos.

Operuojant kas kartas vis daugiau tuberkuliozinių inkstų atsitikimų, urologų, k. a.: W i l d b o l z'o ir kitų, išaiškinta, kad pirminiai inkstų tuberkuliozės pakitimai dažniausiai esti inkstų parenchimoje, prie calices renales sienų. Ta inkstų tuberkuliozės lokalizacija dažniausiai duoda in calices renales įeinančias opas, kurios kraujuoja ir, tokiu būdu, duoda kraujo priemaišas šlapime. Griūnančios tuberkuliozinių opų bei tuberkulų masės, patekusios į inkstų geldeles, duoda pūlių priemaišas šlapime. Pats inkstas iš paviršiaus tuomet dažniausiai atrodo sveikas. W e g e l i n'o ir W i l d b o l z'o nurodymais, ypač dažnai randama inkstų parenchimoje kraujo indais išsirutuliojanti tuberkuliozė. Jeigu pirminiame chroniškosios inkstų tuberkuliozės stadiume randame kortikaliniame inkstų sluoksnyje tuberkulų, tai jie dažniausiai esti apėmę tą kortikalinio sluoksnio vietą, kur kaip W i l d b o l z'as nurodo, yra įvykęs inksto infarktas. Tokiam chroniškam inkstų tuberkuliozės procesui pažengus toliau, ant inksto paviršiaus randame atskiromis grupėmis arba iš vieno inksto paviršių užsėjusių tipingų miliarinių tuberkulų. Bet tie tuberkulai, apimdami inkstą, paprastai jo padidėjimo nesudaro. Jei perpjautume iš viršaus inksto kortikalinį sluoksnį, turintį tuberkulų, tai ties tais tuberkulais būtinai rastume tuberkuliozinių pakitimų ir pačioje inksto parenchimoje. Kazeozinių židinių tarpe, kurie inkstų parenchimoje eina radialinėmis druožėmis, esti įvairaus didumo kavernų, nelygiomis sienomis ir nelygiais kraštais. Tos kavernų sienos dažniausiai esti padengtos tuberkulais. (Žiūr. pusiauschemišką atv. 1).

Daugybės tuberkulų radimas ant inkstų kavernų sienų verčia manyti, kad iš tų tuberkulų tuberkuliozinės bacilos lengvai patenka į kaimyninius sveikus inkstų ir abelnai į šlapimo sistemos (ureterių, pūslės etc.) audinius, apkrėsdamos juos tuberkulioze. Kazeozinių židinių inkstuose radialinė struktūra rodo, kad tuberkuliozės bacilos ypač lengvai plečiasi šlapimo latakėliais, ką B e n d a ir B u d a y e yra patvirtinę eksperimentais su gyvuliais.

Iš suvarškėjusių ir griuvusių tuberkulų susidariusios inkstų kavernos esti arba uždaro pavidalo arba jos yra susijungusios su calices renales, resp., su inkstų geldelėmis. (Žiūr. atv. 1). Dažnai susidaro izoliuotas, ypač viršutinio inksto polio, tuberkuliozinis griuvimas, duodas gan didelių aprėžtų abscesų (Žiūr. atv. 1). Tą izoliuotą inksto polio susirgimą tuberkulioze Z o n d e k'as aiškina tuo, kad inksto polis yra aprūpintas atskira kraujo indų grupe.

Kavernos, besiplėsdamos parenchimoje kortikalinio inksto sluoksnio linkui, gali pagaliau sugriauti patį inksto kortikalinį

sluoksnį ir pasiekti inksto kapsulą, net duodamos perinefrinių ir paranefrinių abscesų. Kavernos inkste ilgą laiką pasilieka nesusijungusios viena su kita, gal būt, del to, kad septae Bertini ir inkstų hylių audiniai esti tuberkuliozinio proceso nelengvai griaunami.

Kai tuberkuliozės procesas, griaunąs inkstą, nužengia gan toli, tai plačios kavernos, prisipildžiusios pūlių ir šlapimo, gali išplėsti inkstą į tokius kauburus, kad inkstas tuomet nebetenka savo paprastos formos. Kauburuotas inksto paviršius (Žiūr. atv. 2) tuomet atrodo balzganas, bet pats inkstas ir tame paskutiniame griuvimo stadiume nesti dar žymiai padidintas. Tik kai tuberkuliozinio proceso esti paliestas ir ureteris, — pav., jis susiaurėja sutindamas arba užsikimšdamas tuberkulų griuvimo masėmis bei pūliais, — tuomet susilaiko inksto geldelėse daug šlapimo, kurs sudaro gan didelį hydronefrinį bei pionefrinį inksto maišą. Gali net pasitaikyti tuberkuliozinio inksto išsiplėtimas daugybinių cistų pavidalo, kaip kad C u r t i s ir C a r l i e r'as 1905 metais pirmą kartą yra aprašę: „rein polikystique tuberkuleux", panašų į įgimtą cystinį inkstą. Bet pasitaiko ir sklerozinė tuberkuliozinio inksto atrofija, kaip kad 1909 metais L o u m e a u yra tai aprašęs.

Tokiu būdu, kokie patologiški pakitimai bebūtų tuberkulioziniam inkste, jie gan dažnai neduoda apčiuopiamo inksto padidėjimo, tuo labiau nesti to padidėjimo ankstybame tuberkuliozinio inksto stadiume. Vėlybame tuberkuliozinio inksto stadiume, kai tuberkuliozinis procesas duoda perinefrinių, epinefrinių bei paranefrinių komplikacijų, galima apčiuopti (B r a a s t i'o nurodymu, 20% inkstų tuberkuliozės atsitikimų) skausmingas tuberkuliozinis inkstas del to inksto aplinkinių audinių, k.a.: capsulae propriae et capsulae adiposae, — uždegimo ir jų sustandėjimo kartu su tuberkulioze sergančiu inkstu.

Antra vertus, neretai pasitaiko, kad tuberkulioze sergant vienam inkstui,dažnai antras s v e i k a s i n k s t a s k o m p e n s a t i š k a i h i p e r t r o f u o j a s i, ir tuomet jis gali būti apčiuopiamas padidėjusiu ir skausmingu, kai nesveikas inkstas esti pasislėpęs po šonkauliais ir neapčiuopiamas.

Daugelio urologų pakartotinai yra patikrinta, kad i n k s t ų t u b e r k u l i o z ė d a ž n i a u s i a i l i e č i a t i k v i e n o s p u s ė s i n k s t ą ir kad, tuberkuliozinei infekcijai įsivyravus viename inkste, paskiau suserga ir antras inkstas. Todel ypač svarbi yra ankstyba inkstų tuberkuliozės diagnozė, kol tuberkuliozės procesas liečia tik vieną inkstą.

Ankstybos inkstų tuberkuliozės simptomatologija bei klininiai vaizdai yra tiek įvairūs ir kitą kartą, tiek nežymiai išreikšti, jog jie čia bendrai gvildenant būtų sunku trumpai apibūdinti.

Pažvelgus bendrai į patologiškus tuberkuliozinio inksto pakitimus, dabar bus geriau pažinti tie atskiri mūsų pavyzdžiai, iš kurių paskiau padarysime savas diagnozines pastabas.

I pavyzdys. Ligos istorija š. m. 1814 Nr. Pacientas S., 37 metų amžiaus, darbininkas, nevedęs, sveikos motinos, turinčios 80 metų amžiaus, sūnus. Jo tėvas pasimiręs jauname amžiuje plaučių džiova. Pacientas nusiskundžia staiga pradėjusiu skaudėti dešiniuoju šonu, šonkaulių apačioje. Tasai šonas jau pirmiau po truputį skaudėdavęs. Iš mažens pacientas persirgęs tymais ir plaučių uždegimu. Prieš 17 metų pacientui keletą mėnesių skaudėjęs kairysis peties sąnarys. Prieš 15 metų persirgęs gonorrhoea, kuri paskiau keletą kartų pasikartojusi. Alkoholio ir nikotino vartojęs nedaug.

Pacientas vidutinio ūgio ir vidutinio mitimo. Širdyje ir visoje kraujo apytakos sistemoje patologiškų pakitimų nerandama. Kvėpavimo organuose randamas pasilpęs ir sakadiruotas alsavimas kairioje plaučių viršūnėje. Virškinamajame aparate ir nervų sistemoje patologiškų pakitimų nepastebima. Abiejų pusių ingvinalinės liaukos kiek padidėjusios ir kietos. Lyties organai normališkai išsirutulioję. Pastaruoju laiku šlapinasi kiek dažniau: ligi 7—8 kartų per dieną ir po 1—2 kartu per naktį. Kai kada šlapime pastebi pūlių priemaišą. Panašių pūlių ir pirmiau kai kada būdavę šlapime ir del jų pas pacientą buvo įtariamas gonorėjos pasikartojimas. Nė vieno inksto išpalpuoti nepavyksta. Darant ballottement dešiniojo inksto srityje, pacientas jaučia nežymų skausmą.

C i s t o s k o p u o j a n t šlapimo pūslę rasta: pūslės talpumas normalus; pūslės indų vaizdas aiškus. In fundus ir net in trigonum matyti keletas erozijų, padengtų fibrino. Abiejų ureterių angos normalios išvaizdos. Iš abiejų ureterių šlapimas išeina vienodai periodiškai. Įkišus į abudu ureterių karerius, gautas per juos — iš kairiojo inksto vaiskus, šiaudo gelsvumo šlapimas, iš dešiniojo gi — balzganai drumzlinas. Suleidus į raumenis 4% indigokarmino 5 ccm., gautas po 10 minučių dešiniojo inksto šlapimo pamėlynavimas ir aiškiai mėlynas kairiojo inksto šlapimas. Tokiu būdu abiejų inkstų funkcija atrodo mažai sutrikusi. Suleidus per ureterinį kateterį į dešiniojo inksto geldelę 20% natrii bromati tirpalo 8 ccm., padaryta pyelograma, kuri rodo nedideles inkstų kavernas, susijungusias su calices renales, resp.. su inksto geldele. (Žiūr. atv. 3 ir pusiauschemišką atv. 1).

Chemiškai mikroskopiškas, abiejų inkstų šlapimo tyrimas davė:

	Iš dešiniojo inksto:	Iš kairiojo inksto:
Reakcija:	rūkšti	rūkšti
Albumen:	daug	nihil
Saccharum:	pėdsakos	nihil
Nuosėdos:	pus, pavieni eritrocitai ir tbc. bacilos.	pavieni leukocitai.

Įšvirkštus dešiniojo inksto šlapimo 1 ccm. pačiam ligoniui į dešiniosios šlaunies odą, gautas įdegimo infiltratas daug žymesnis, negu kairiojo inksto šlapimo į kairiąją šlaunį įšvirkštimo vietoje, kurioje dar buvo įtrinta kanapės grūdo didumo ektebino (M o r o) gabalėlis. Tuo tarpu kairiojo inksto šlapimo 1 ccm., suleistas į kairiosios šlaunies odą i r n e į t r y n u s e k t e b i n o, v i s i š k a i i n f i l t r a t o n e d a v ė.

Šitas banališkas dešiniojo inksto tuberkuliozės atsitikimas, kurs išsirutuliojęs, gal būt, ne visiškai išgydytos gonorėjos ir gonorėjinio pyelito pagrinde, tuo ir yra pamokinąs praktikoje, kad, kaip C a s p e r'is nurodo, pasikartojant gonorėjai nereikia užmiršti inkstų tuberkuliozės galimumo.

Prie 494—496 pusl.



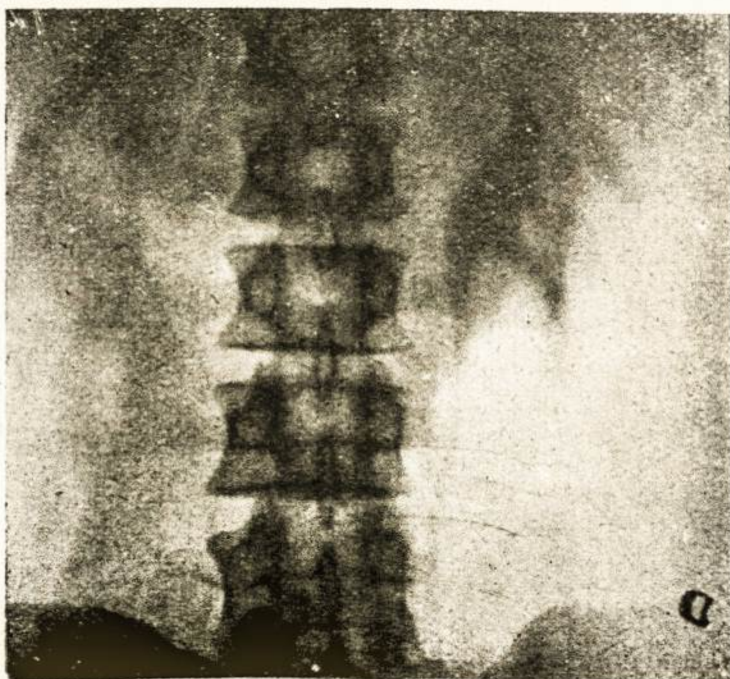
Pusiauschemiškas atvaizdas Nr. 1.

Inksto kavernos, padengtos tuberkulais. Viršuj aprėžtas tbc. abscesas.



Atvaizdas Nr. 2.

Tbc. inksto kauburuotas paviršius del esamų viduryj abscesų.



Atvaizdas Nr. 3.

Deš. tbc. inksto pyelograma, rodanti mažas kavernas.

II pavyzdys. Ligos istorija š. m. 1170 Nr. Policininkas T., nevedęs, sergančių plaučių ligomis tėvų sūnus. Kai kurie artimų giminių nariai serga aiškia plaučių džiova. Pacientas prieš keletą dienų staiga susirgęs skausmais varpoje besišlapinant. Pradėjęs dažnai šlapintis, bet šlapimo išeiną maža. Pirmiau panašių skausmų pacientas neturėjęs. Didžiojo karo metu persirgęs skrandžio sloga, gripu ir šiltine. Tris kartus sirgęs gonorrhoea, bet kiekvieną kartą „gerai išsigydydavęs". Paskutinį kartą prieš 4 metus sirgdamas gonorrhoea turėjęs epididimitą. Alkoholį ir nikotiną vartojęs vidutiniškai.

Vidutinio ūgio ir vidutinio mitimo pacientas. Kraujo apytakos sistemoje, virškinamuosiuose organuose, nervų ir liaukų sistemoje patologiškų pakitimų nepastebima. Kvėpavimo organuose: dešiniojoj plaučių pusėj prie mentės yra atskirų sausų karkalų, dešiniojoj plaučių viršūnėj žymiai pasilpęs alsavimas. Palpuojant ir balotuojant abiejų inkstų sritis, pacientas skausmų nejaučia.

Cistoskopuojant šlapimo pūslėje rasta: pūslės talpumas ir indų vaizdas normalūs. Abiejų ureterių angos paburkusios ir paraudusios. Iš abiejų ureterių šlapimas išeina labai retomis mikcijomis. Ikišus ureterinius kateterius į abudu ureteriu, gauta kiek tamsesnio šlapimo iš dešiniojo inksto ir gelsvai balzgano šlapimo iš kairiojo inksto. 4‰ indigokarmino, suleisto į raumenis kiekyje 5 ccm., pasirodė iš dešiniojo ir iš kairiojo inksto per 11 minučių, tik dešiniojo inksto šlapimas mažiau mėlynai nudažytas negu kairiojo.

Chemiškai mikroskopiškas abiejų inkstų šlapimo tyrimas davė:

	Iš dešiniojo inksto:	Iš kairiojo inksto:
Reakcija:	rūkšti	Silpnai šarmiška
Albumen:	pėdsakos	pėdsakos
Saccharum:	nihil	nihil
Nuosėdos.	leukocitai, eritrocitai ir tbc. bacilos, kurios nuo smegmos bacllos neabejotinai atskirtos (antiforminu—Schuster'io).	leukocitai ir cilinderiai.

Išvirkštus dešiniojo inksto šlapimo į dešiniosios šlaunies odą, gautas keletą dienų pasiliekąs infiltratas; tuo tarpu kairiojo inksto šlapimo suleidimas į kairiosios šlaunies oda pastovesnio infiltrato nedavė. Po dviejų dienų į išvirkšto abiejų inkstų šlapimo vietas įtrynus beveik aguonos grūdo didumo ektebino (Moro) gabalėlius, gauta žymi odos inflamacija toje vietoje, kur buvo suleistas dešiniojo inksto šlapimas, ir nežymi odos inflamacija ten, kur buvo suleistas kairiojo inksto šlapimas. Įskiepyti pacientui Ponndorff'o skiepai davė teigiamą reakciją. Pacientas paleistas namo tolimesnei observacijai su diagnoze: tbc. renis dextri et nephritis (tox.?) sin. Patarta pacientui po 2—3 savaičių grįžti pakartotiniam, ev. cistoskopiškam, tyrimui. Abiejų inkstų padarytos rentgenogramos ypatingų pakitimų inkstų srityje nerodo.

Šituo atsitikimu, panašiai kaip pirmame pavyzdyje, turime tbc. renis dextri ryšyje su persirgta gonorrhoea. Bet čia tenka dar išspręsti klausimas: ar kairysis inkstas visiškai nepaliestas tbc. proceso ir ar nėra dešiniojo inksto praleistos tuberkuliozės bacilos rezultate nefritinio to inksto susirgimo (Ausscheidungstuberkulose)? Tie klausimai gali būti išspręsti pakartotiniais tyrimais.

Apskritai kitą kartą yra ne visiškai paprastas dalykas atskirti, ar turime reikalą su tikra inkstų tuberkulioze, ar tik su nefritu, pareinančiu iš tuberkuliozinio proceso kurioje nors kitoje organizmo vietoje bei su pretuberkuliozinė inksto būkle. Urologų yra išrodyta, kad toksinis nefritinis inkstas gali lengvai praleisti tuberkuliozinės bacilas, kurios, įeidamos į šlapimą, kitą kartą šlapimo organams nieko bloga nedaro. K i e l l e u t h n e r'io, C a s p e r'io ir kitų urologų tyrimais prieita išvada, kad tais atsitikimais, kur inksto šlapime pakartojamai surandamos tuberkuliozės bacilos ir albumen, bet cilinderių gali būti arba nebūti, ir kur nėra kraujo forminių elementų, galima beveik tikrai pasakyti, kad tuomet turime reikalą t i k s u n e f r i t i n i u i n k s t u. Bet jeigu šlapimo sedimente randama daug kraujo forminių elementų ir tiems forminiams elementams atatinkąs kiekis albumen, tai tuomet tenka spręsti, kad greičiausiai turime reikalą s u t u b e r k u l i o z i n i u i n k s t u. Taigi, mūsų antrojo pavyzdžio dešiniojo inksto šlapimo chemiškai mikroskopiško tyrimo gaviniai daugiausia atatiktų tuberkuliozinį inkstą. To paties pavyzdžio ir kairiojo inksto šlapimo tyrimo gaviniai taip pat neprieštarautų tuberkulioziniam inkstui.

III **pavyzdys.** Ligos istorija š. m. 1823 Nr. Pacientas K., 26 metų amžiaus, nevedęs, sveikų tėvų sūnus, buvęs kareivis, prieš 5 metus šrapneliu sužeistas į kairiąją ranką ir kairiąją koją ir beveik tuo pačiu laiku sirgęs gonorrhoea. Iš mažens pacientas persirgo skarlatina: paskiau sirgęs drugiu ir plaučių uždegimu. Dabar nusiskundžia skausmais čia viename, čia antrame šone, bet kiek daugiau skauda kairįjį šoną šonkaulių apačioje. Jau antras mėnuo eina, kaip pacientas šlapinasi dažniau, negu paprastai. Naktį šlapinasi dažniausiai po 2—3 kartus per nakti ir diena — po 7—10 kartų. Šlapime ypatingų pakitimų pats ligonis nepastebi, tik šlapindamasis jaučia skausmus varpoje.

Vidutinio ūgio ir vidutinio mitimo, kiek išblyškęs pacientas. Jo kraujo apytakos sistemoj, virškinamuosiuose organuose ir liaukų sistemoje ypatingų patologišku pakitimu nerandama. Perkutuojant plaučius gaunamas kairiojoj viršūnėj timpanitas, kur auskultuojant girdėti bronchiškai — neapribotas alsavimas ir atskiri smulkūs karkalai. Balotuojant inkstus — daugiau skauda apčiuopiamo kairiojo inksto srityje, bet taip pat skausminga ir dešiniojo inksto sritis. Dešinysis inkstas taip pat apčiuopiamas.

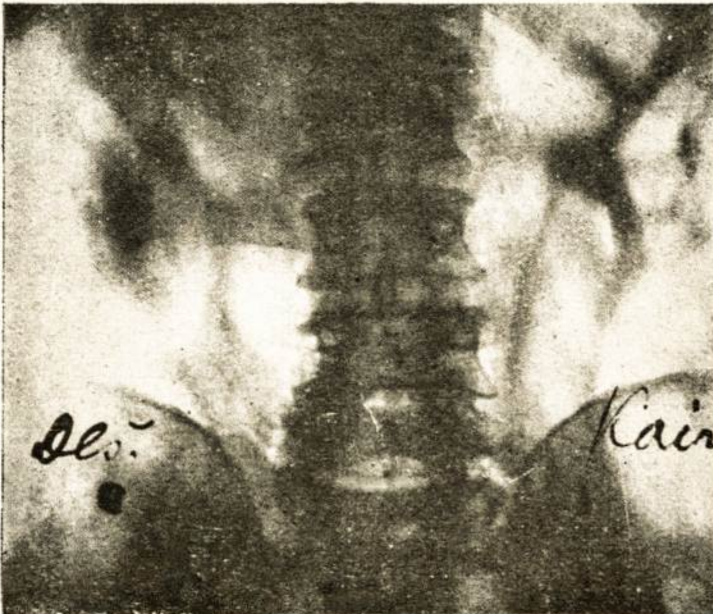
C i s t o s k o p u o j a n t šlapimo pūslė rasta normalaus talpumo. Pūslės indai injekuoti. Pūslės dugne matoma keletas erozijų. Abiejų ureterių angos paburkusios ir prie dešiniosios matomos fibrinu padengtos erozijos. Iš abiejų ureterių šlapimas išeina vienodai periodiškomis mikcijomis, tik iš kairiojo ureterio šlapimas eina kiek smarkesne srove. Įkišus į abudu ureteriu kateterius, gautas iš abiejų inkstų gelsvas šlapimas, tik dešiniojo inksto šlapimas atrodo drumzlinesnis, negu kairiojo. 4% indigokarminas, suleistas į raumenis 4 ccm. kiekyje, pasirodė abiejų inkstų šlapime po 10 minučių nuo suleidimo laiko. Iš dešiniojo inksto šlapimas visą observacijos laiką (apie 30 minučių) pasiliko mažiau nudažytas, negu šlapimas iš kairiojo inksto.

Prie 499 ir 500 pusl.



Atvaizdas Nr 4.

Tbc. inksto geldelės ir calices renales išsiplėtimas ir ureterio perlinkimas.



Atvaizdas Nr. 5.

Deš. inksto pūlinys, susijungęs su geldele, ir kair. inksto geldelės ir calices renales išsiplėtimas.

Chemiškai mikroskopiškas abiejų inkstų šlapimo tyrimas davė:

Iš dešiniojo inksto:	Iš kairiojo inksto:
Reakcija: rūkšti	rūkšti
Albumen: nemaža	nihil
Saccharum: nihil	nihil
Nuosėdos: daug leukocitų ir pavieni eritrocitai.	pavieni eritrocitai (artificialis).

Tuberkuliozės bacilų nė vieno inksto šlapime nerasta ir, neturint parankiai bandomųjų gyvulėlių, jų nebuvimas nepatikrintas įskiepimu jūros kiaulaitėms.

Suleidus dešiniojo inksto šlapimo pacientui į odą, gautas infiltratas, t. y. Wildbolz'o reakcija gauta teigiama, tuo tarpu suleistas į odą kairiojo inksto šlapimas tos reakcijos nedavė. Kitą dieną, įtrynus į injekuoto deš. ir kairiojo inksto šlapimo vietas arti kanapės grūdo didumo ektebino gabalėlius, gauta žymi odos inflamacija toje vietoje, kur suleistas dešiniojo inksto šlapimas, ir nežymi inflamacija ant odos ties kairiojo inksto šlapimo suleidimo vieta.

Suleidus pro ureterinius kateterius į abiejų inkstų geldeles po 8 ccm. 20% natrii bromati, padaryta abiejų inkstų pyelograma, kuri rodo dešiniojo inksto geldelės ir calices renales išsiplėtimą ir netoli nuo to inksto ureterio perlinkimą. (Žiūr. atv. 4).

Turint trečiojo pavyzdžio visus tyrimo davinius, labai tenka įtarti dešiniajam inkste tuberkuliozės procesą esant. Be abejojimo, lemiantis sprendimas čia būtų susekus tuberkuliozės bacilas šlapimo priskiepymu bandomiesiems gyvulėliams.

Pats dešiniojo inksto nusileidimas ir ureterio perlinkimas iš dalies jau yra rodykliu į tuberkuliozinio proceso galimumą tame organe. K ü s t e r'is, K o r a n y i ir kiti urologai aiškina, jog dešinysis inkstas žymiai dažniau suserga inkstų tuberkulioze todel, kad jis dažniausiai esti paslankus, resp. jo paslankumas disponujoa susirgimą tuberkulioze. T u f f i e r'is nurodo priešingai, kad dešinysis inkstas, pirma susirgęs tuberkulioze ir pakitęs savo formoje, paskiau tampa paslankus. Inkstų tuberkuliozės diagnozė turi tą pat vertę, kaip čia bebūtų, ar inkstas, pirmiau būdamas paslankiu, paskiau suserga tuberkulioze, ar pirmiau susirgęs tuberkūlioze, paskiau tampa paslankiu. Mums svarbu tai, kad vis delto inksto paslankumas ankštai susijamas su jo susirgimu tuberkulioze. Nors bešališkumo dėliai tenka pastebėti, kad literatūroje yra ir priešingų nuomonių, visiškai nenorinčių rišti inksto paslankumą su jo susirgimu tuberkulioze.

IV pavyzdys. Ligos istorija š. m. 1977 Nr. Pacientas G., 66 metų amžiaus, vedęs, buvęs kumetis. Nusiskundžia dažnu šlapinimusi ir nusišlapinęs jaučia skausmą varpoje. Šita liga pasireiškusi prieš du mėnesiu būk sąryšyje su nušalimu. Pirmiau pacientas jokiomis ligomis nesirgęs, nors ir nebuvęs stiprus. Alkoholį ir nikotiną vartojęs vidutiniškai.

Aukščiau vidutinio ūgio, pasilpus'o mitimo pacientas. Širdies tonai duslūs. Pulsas minkštas. Plaučių perkusijos garsas normalus. Auskultuojant girdėti abiejose plaučių pusėse tarp menčių smulkūs sausi karkalai. Virškinamajame aparate, limfos ir nervų sistemose ypatingų patologiškų pa-

kitimų nepastebima. Dieną šlapinasi kai kada dažniau negu 10 kartų. Naktį šlapinasi po 5—6 kartus. Lyties organai normališkai išsirutulioję. Prostata nepadidėjusi. Palpuojant ir balotuojant inkstus, nei jų padidėjimo nei skausmų jų srityje nepastebima.

Cistoskopuojant šlapimo pūslę rasta: jos talpumas sumažėjęs ligi 80—90 ccm. Pūslės dugne, ypač iš dešiniosios jos pusės, yra žymiai išreikštų trabekulų, erozijų ir opų. Aplink dešiniojo ureterio angą yra tipinga oedema bullosum. Prie kairiojo ureterio angos yra nemaža gan plačių ekzulceracijų. Įkišus kateterius į ureterius, gautas iš dešiniojo inksto šlapimas aiškiai su pūliais ir iš kairiojo inksto — vaiskus šlapimas. Suleistas į raumenis 4‰ indigokarmino tirpinys 5 ccm. kiekyje melsvai pasirodė dešiniojo inksto šlapime po 14 minučių ir kairiojo inksto šlapime po 15—16 minučių nuo jo suleidimo laiko. Tokiu būdu abiejų inkstų funkcija rasta menka. Suleidus pro ureterinius kateterius 20% natrii bromati į dešiniojo ir į kairiojo inksto geldeles po 6 ccm., padaryta pyelograma, kuri rodo pūlinį dešiniojo inksto geldelės vietoje ir išplėstus kairiojo inksto geldelę ir calices renales. (Žiūr. atv. 5).

Chemiškai mikroskopiškas abiejų inkstų šlapimo tyrimas davė:

	Iš dešiniojo inksto:	Iš kairiojo inksto:
Reakcija:	rūkšti	rūkšti
Albumen:	0,3‰	0,15‰
Saccharum:	pėdsakos	nihil
Nuosėdos:	daug eritocitų, inkstų epitelis.	daug eritocitų, inkstų epitelis, leukocitai ir tbc. bac.

Šitas pavyzdys rodo, kaip latentiškai ir kaip toli nueina inkstų tuberkuliozės procesas, kurs tik paciento senatvėje būna pažintas. Tuo tarpu yra žinoma, kad inkstų tuberkulioze dažniausiai serga žmonės nuo 30 ligi 40 metų amžiaus.

V pavyzdys. Ligos istorija š. m. 2025 Nr. Pacientė T., 25 metų amžiaus, ištekėjusi, šeimininkė. Nusiskundžia skausmais šlapimo pūslėje, ypač besišlapinant. Iš mažens buvusi sveika ligi 17 metų amžiaus. Budama 17 metų amžiaus turėjusi žymius skausmus kairiajame šone, bet tuomet nekosėjusi. Kartu su tais skausmais kairiajame šone pacientei buvusios susilaikusios 7 savaites mėnesinės. Ištekėjusi prieš 4 metus, bet ligi šiol nebuvo nėščia. Po ištekėjimo keletą mėnesių kosėjusi sausu kosuliu. Pacientė jau 3 metus dažnai šlapinosi. Antrus metus šlapime rodančiosi kraujo priemaišos atskirų gabalėlių pavidalu. Ligonės tėvai džiovos sirgime neįtartini.

Aukščiau vidutinio ūgio, pasilpusio mitimo ir išblyškusi pacientė. Kraujo apytakos bei limfos sistemose ir genitalijų organuose patologiškų pakitimų nepastebima. Plaučių perkusija duoda timpanitą kairiojoj plaučių viršūnėje ir pribukimą dešiniosios mentės apačioje. Auskultuojant girdimas kairiojoj plaučių viršūnėj bronchinis alsavimas su žymiai pailgintu išalsavimu. Dešiniojoj plaučių pusėje apačioje mentės girdimas pasilpęs vezikulinis alsavimas ir atskiri smulkūs sausi ir drėgni karkalai. Skausmai pilve po krūtinė duobelėje. Skrandžio sunkoje laisv. drusk. rūkšties 10, bendros 28. Lyties organai normališkai išsirutulioję. Palpuojant inkstų sritis, kairiojoj pusėj šonkaulių apačioje randamas audinių sustandėjimas ir raumenų défence. Per vaginam apčiuopiamas sustorėjęs kairiosios pusės ureteris.

Cistoskopuojant šlapimo pūslę rasta: trabekulinė pūslė, 70—80 ccm. talpumo. Erozijos ir opos pūslės dugne ir aplink dešiniojo ureterio aukštyn pakilusią angą. Oedema bullosum ir opos aplink kairiojo ureterio angą. Iš dešiniojo ureterio šlapimas išeina silpnomis, periodiškomis mikcijomis. Iš kairiojo ureterio šlapimo mikcijos pasirodo rečiau ir dar silpniau

Prie 501 ir 502 pusl



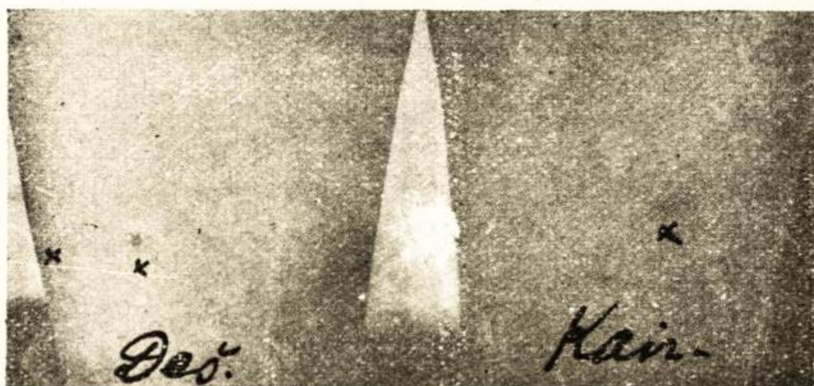
Atvaizdas Nr. 6.

Kair. tbc. inksto padidėjimas.



Atvaizdas Nr. 8.

Kair. inksto pneumopyelograma, rodanti inksto padidėjimą ir kavernas.



Atvaizdas Nr. 7.

Infiltratai šlaunyse įleidus šlapimo.

negu iš dešiniojo. Įkišus keteterius į abudu ureteriu gauta: iš dešiniojo ureterio vaiskus šlapimas ir iš kairiojo ureterio drumzlinas šlapimas ir mažam kiekyje. Suleistas į raumenis 5 ccm. kiekyje 4‰ indigokarmino tirpinys dešiniojo inksto šlapime pasirodė po 15—16 minučių nuo suleidimo laiko ir kairiojo inksto šlapime indigokarminas visą observacijos laiką (apie 30 minučių) visiškai nepasirodė. Suleidžiant per ureterinius kateterius 20% natrii bromati tirpinio aukščiau nurodytu būdu, greit gauti skausmai kairiojoj dubens ir pilvo pusėje. Padaryta pyelograma rodo brominės druskos pripildytą tik dešiniojo inksto geldelę; tuo tarpu į kairiojo inksto geldelę tas kontrastinis preparatas neįėjęs, bet tik patekęs į ureterį. Užtat anksčiau padaryta kairiojo inksto rentgenograma be kontrastinio preparato rodo to inksto padidėjimą (Žiūr. atv. 6).

Chemiškai mikroskopiškas abiejų inkstų šlapimo tyrimas davė:

	Iš dešiniojo inksto:	Iš kairiojo inksto:
Reakcija:	rūkšti	rūkšti
Albumen:	0,15%	0,25‰
Saccharum:	nihii	nihil
Nuosėdos:	daug leukocitų, eritrocitų ir tbc. bacilos.	labai daug leukocitų, eritocitai ir tbc. bacilos.

Ištyrus pūslės šlapimo nuosėdas, taip pat rasta tbc. bacilų.

Įleidus dešiniojo inksto šlapimo į dešiniosios šlaunies odą, gautas mažai žymus infiltratas toje vietoje, kur neįtrinta paskiau ektebino, ir žymus infiltratas toje vietoje, kur paskiau buvo įtrinta ektebino. Įleidus kairiojo inksto šlapimo į šlaunies odą gautas žymus infiltratas ir be ektebino įtrynimo (Žiūr. atv. 7).

V pavyzdys rodo, kad iš kariojo inksto šlapimo išeina nedaug, greičiausia, del ureterio pakitimo, kas pasitikrino įleidžiant į kairiojo inksto geldelę brominės druskos. Su tuo ureterio pakitimu, be abejojimo, yra susijęs ir inksto pakitimas, kurs duoda aiškiai padidėjusius inksto kontūrus rentgenogramoje, padarytoje be kontrastinio preparato geldelėje.

Šituo atsitikimu tuberkuliozinis procesas jau toli nužengęs inkstuose ir davęs gan sunkų šlapimo pūslės susirgimą tuberkulioze. Bet dar negalima visiškai tikrai pasakyti, kad abudu inkstu yra apimtu tuberkuliozinio proceso. Kaip 2-uoju atsitikimu, taip ir čia albumen ir nuosėdos šlapime rodo į nefritinio proceso galimumą dešiniajame inkste. Pūliškai drumzlinas šlapimas kairiojo inksto, kartu su to šlapimo chemiškai mikroskopiško tyrimo gaviniais ir to inksto rentgenogramoje matomi kontūrai, kurie pareina arba iš pakitusių audinių, apsupančių inkstą, arba iš labai suvarškėjusio, kaverninio, detrito pripildyto inksto, — C a s p e r'io, M a r i o n'o ir daugelio kitų urologų nurodymu, yra neabejotini tuberkuliozinio proceso pažymiai. Kad duoti galimumo sunkiai sergančiai šlapimo pūslei pagerėti, vis delto tektų pašalinti tas neabejotinai sergąs inkstas, jei antrojo inksto funkcija būtų pakankama. Bet mes pirmuoju mūsu V-ojo atsitikimo tyrimu esame gavę pavėluotą indigokarmino išskyrimą dešiniojo inksto. Užtat tokiu atsitikimu pravartu būtų pakartoti inkstų funkcijos tyrimas, kreipiant dėme-

sį į šlapimo specifinio svorio ir į ureos sumažėjimą ir kraujo užšalimo punkto kritimą. Nors literatūroje yra aprašyta inkstų tuberkuliozės atsitikimų (B ö c k e l'io), kur suleistas į raumenis methylenblau ir nustatyta šlapime urea rodė nepakankamą inkstų funkciją, bet vis delto, pašalinus kaverninį inkstą, pasilikęs antrasis inkstas funkcionavo gerai ir visiškai nerodė susirgimo reiškinių.

Taigi, tais atsitikimais, kur yra abejojimo del pakankamos antrojo inksto funkcijos, darant operaciją aiškiai nesveikam inkstui, dar pravartu būtų pavartoti C a s p e r'io būdas: operacijos laiku užspausti nesveiko inksto ureteris ir dar kartą patikrinti pasiliekančio inksto funkcijos pakankamumas suleidžiant į raumenis, pav., indigokarmino, ir laukiant, kol jis pasirodys iš anksto išplautoje šlapimo pūslėje.

VI pavyzdys. Ligos istorijos š. m. 1765 Nr. Pacientė A., 33 metų amžiaus, ištekėjusi prieš 11 metų, šeimininkė, gimdžiusi 4 kartus. Jos vaikai sveiki. Pacientės tėvai ir kiti jos šeimos nariai dažnai pakosėdavę, bet nenustatyta, kad jie sirgtų džiova. Pacientė nusiskundžia skausmais kairiajame šone šonkaulių apačioje. Tie skausmai dažnai pasikartoja antrus metus. Nuo šių metų pradžios tas kairysis šonas beveik nuolat skauda. Prieš keletą mėnesių tame kairiajame šone iškilęs kietas savo formos nekeičiąs naujikas. Ryšyje su to naujiko iškilimu pacientė pastebėjo, kad iš šlapimo pūslės mažiau išeiną šlapimo. Kai kada dabar pacientei darosi ledaka ir skauda galvą.

Pacientė vidutinio ūgio ir vidutinio mitimo. Kraujo apytakos sistemoje, virškinamajame aparate, nervų ir limfos sistemoje ir genitaliniuose organuose patologiškų pakitimų nerandama. Plaučiuose tarp menčių girdėti įvairių sausų karkalų. Iš kairiosios pilvo pusės pilvo sienos įtemptos. Kairiajame hypochondriume apčiuopiamas arti vaiko galvos didumo naujikas, siekiąs procesus xyphoideus. Ligonė šlapinasi retai ir besišlapindama jaučia skausmą uretroje.

C i s t o s k o p u o j a n t šlapimo pūslę rasta: pūslės talpumas normalus. Pūslės indų vaizdas neaiškus. Trabekulai pūslėje mažai išreikšti. Dešiniojo ureterio anga aiški. Kairiojo ureterio anga paburkusi ir paraudusi. Visas trigonum Lieuthadii taip pat paburkęs ir padengtas atskirais fibrino gabalais. Iš dešiniojo ureterio šlapimas eina periodiškomis mikcijomis. Iš kairiojo ureterio einančio šlapimo nematyti. Įkišus ureterinius kateterius į abudu ureteriu, gauta iš dešiniojo inksto šiaudo gelsvumo skaidrus šlapimas; iš kairiojo inksto gautas mažas kiekis drumzlinai balzgano šlapimo.

Suleidus į raumenis 5 ccm. 4‰ indigokarmino, po 10 minučių gautas dešiniojo inksto šlapimo nusidažymas, tuo tarpu palaukus dar pusę valandos kairiojo inksto šlapimo nusidažymo negauta. Turint galvoje apčiuopiamas kairiojo inksto padidėjimas ir prileidžiant jame cistų bei kavernų buvimą, insufluotą į tą inkstą per ureterinį kateterį apie 50 ccm. steriliško oro (be skausmo) ir padaryta pneumopyelograma, kuri rodo padidintais kontūrais kairiįjį inkstą, turintį didelius tuštymus. (Žiūr. atv. 8).

Suleidus ligonei į odą dešiniojo inksto šlapimo, reakcijos negauta. Tik toje vietoje, kur įleidus dešiniojo inksto šlapimo kitą dieną buvo įtrinta Ponndorff'o skiepų, gauta odos inflamacija. Įleidus į odą kairiojo inksto šlapimo, kitą dieną gautas žymus infiltratas ir toje vietoje, kur Ponndorff'o A skiepai nebuvo įtrinti.

Chemiškai mikroskopiškas abiejų inkstų šlapimo tyrimas davė:

	Iš dešiniojo inksto:	Iš kairiojo inksto:
Reakcija:	rūkšti	rūkšti
Albumen:	nihil	pėdsakos
Saccharum:	nihil	nihil
Nuosėdos:	pavieni leukocitai ir ir eritrocitai.	daug leukocitų ir pavieni eritrocitai.

Padaryta operacija patikrino kairįjį kaverniškai - cistinį tuberkuliozinį inkstą.

Amerikiečio C o l e 1910 metais pasiūlyta oro insuflacija į inkstų geldeles daugiausia tinka pavartoti esant tuberkulioziniam inkstui, tuomet, kai numatoma išsiplėtusi inksto geldelė, arba pasidariusios inkste kavernos, arba įtariami paprastomis rentgenogramomis nematomi maži inksto akmenukai bei tuberkulioziniai sukalkėjimai, bet jeigu nėra ureterio užsikimšimo.

Darant pneumopyelogramas tenka taip paruošti pacientas, kad jo žarnose nebūtų susirinkusių dujų, kurios gali klaidinti del suleistų dujų į inkstą. Klaidoms išvengti, geriausia yra daryti pakartotinės pneumopyelogramos viena po kitos, tuo tarpu padaryti pilvo masažas, kuriuo pakeičiama dujų susirinkimo vieta žarnose; į inkstą gi suleistos dujos pasilieka savo vietoje. Rekomenduojami, bent porą dienų prieš inkstų rengenografavimą, labai atidūs vidurių valymas ir medikamentinis (pav., pituitrino injekcijomis ir carbo animalis duodant į vidų) dujų iš vidurių pašalinimas vis delto labai dažnai nepasiekia savo tikslo, nors nemaža vargina pacientus. Tikslingiausia yra, kaip. kad mes esame patyrę, keletą valandų prieš rentgenografuojant gerai pravalyti pacientui viduriai iš apačios klizmomis ir ligi pat rentgenografavimo laiko laikyti į išeinamąją žarną įstatytas ilgas, dujas išleidžiąs vamzdelis.

Iš tų kelių mūsų duotų pavyzdžių matome, kad įvairių priemonių tenka imtis tuberkuliozinei inkstų diagnozei savo laiku nustatyti. Daugelis tų tyrimo priemonių, k. a.: pyelograma, pav., W e l d'o pasiūlyta su natrium bromatum, arba R u b r i t i u s'o pasiūlyta su natrium jodatum, arba J o s e p h'o pasiūlyta su lithium jodatum. arba V ö l k e r'io ir v. L i c h t e n b e r g'o pasiūlyta su collargol'iu; arba pneumopyelograma, insufluojant C o l e pasiūlymu oro, arba v. L i c h t e n b e r g'o ir D i t t l e n'o pasiūlyto O_2, — dažnai ligoniui esti gan nesmagios. Jei tik didesnis kiekis tų kontrastinių preparatų įleidžiamas į inkstus, tai inkstų srityje pacientai jaučia spaudimą. kurs pasilieka net keletą valandų. Kai kada ryšyje su spaudimu inkstų srityje pacientai jaučia skausmus viduriuose ir net ledakumą ir vemia. Be to, įstatant į ureterius kateterius galima traumatizuoti ureteriai ir kartais iš tuberkulioze sergančios pūslės galima įnešti tuberkuliozinių bacilų į buvusį sveiką ureterį, resp. į sveiką inkstą. Nors nėra abejojimo, kad įstačius į abudu ure-

teriu kateterius yra geriausias būdas separuoti kiekvieno inksto šlapimas ir, kaip anksčiau esame matę, tuo būdu pavyksta geriausiai išspręsti klausimas, katras inkstas tikrai serga tuberkulioze, nevartojant nei pyelogramos su įvairiais kontrastiniais preparatais nei pneumopyelogramos.

Gavimas iš inksto separuoto šlapimo su tuberkuliozės bacilomis vis delto, kaip esame matę, gali pareiti ir ne iš tuberkuliozinio inksto. Tik tuomet tikrai galėtume sakyti, kad turime tuberkuliozinį inkstą, jei pačiame inkste susektume tuberkuliozinį procesą bei tuberkulus. Gal urologinei - chirurginei technikai besitobūlinant, kas nors pasiūlys įvesti pro ureterius į inkstus tokias žnyplytes, kad jomis galima būtų padaryti iš vidaus inksto biopsija ir tuo būdu patologiškai hystologiškai patikrinti diagnozė. Bet tas teoriškai galimas inkstų tyrimo būdas vis delto inksto tuberkuliozės diagnozei turėtų maža vertės.

Mūsų patyrimu, retai, bet, literatūros aprašymais, palyginti, dažnai pasitaiko, kad kartais, del toli nužengusio tuberkuliozinio proceso šlapimo pūslėje, visiškai negalima įkišti kateterių į ureterius. M a r i o n'as ir kiti urologai siūlo tuomet įkišti kateterius į ureterius per sectio alta. Bet ir tuomet negalima būti tikram, kad ureteriai bus surasti ir kad į juos pavyks įkišti kateteriai. I s r a e l'is siūlo tais atvejais, kuriais negalima iš šlapimo pūslės patekti į kiekvieną ureterį, padaryti ureterostomia viršutinėje ureterio dalyje ir, įstačius į tą padarytą ureterio „stomą" kateterį, tokiu būdu surinkti vieno inksto šlapimą; tuo tarpu antrojo inksto šlapimas separatiškai gaunamas iš išplautos šlapimo pūslės, į kurią jau nebepatenka ureterostomuoto inksto šlapimas. Kai kurie urologai (J a b o u l a y) siūlo daryti diagnostikos tikslu numatomai tuberkuliozinio inksto nephrostomia. P a s c h k i s pasiūlė diagnostikos tikslu eksploratiškai atidaryti abudu inkstu ir tuomet juodu apčiupinėti ir apžiūrėti. Bet ir tie jau akimis matomi inkstai dažnai gali būti nepažinti arba klaidingai pažinti, kaip sergantieji tuberkulioze.

Tais atsitikimais, kur nepavyksta arba nenorima įeiti į ureterius kateteriais, galima pasinaudoti jau senai L u y s'o, arba L a m b o t t e'o, arba C a t h e l i n'o, arba kitų urologų pasiūlytų separatorium, kuriuo perdalinus pūslę galima gauti atskirai šlapimas iš kiekvienos šlapimo pūslės pusės, resp., iš kiekvieno inksto.

Bet visi tie į šlapimo pūslę inkstų šlapimo separacijos tikslu įvedami instrumentai, esant šlapimo takų, ypač šlapimo pūslės, tuberkuliozei, labai vargina pacientus. Užtat mes, tirdami šlapimo pūslę stambesniais instrumentais, visuomet tą ty-

rimą atliekame sakralinėje anestezijoje, kuri neveikia inkstų funkcijos ir leidžia atlikti tyrimus visiškai be skausmų, suleisdami į canalis sacralis 1% sol. novocaini 20—30 ccm. ir dar 10 ccm. to pat tirpinio, ypač vyrams, į uretrą ir į pūslę.

Taigi, inkstų tuberkuliozės diagnostikos pagrinde pasilieka vartoti paprasčiausios priemonės ir ligonio neapsunkinantieji būdai, kiekvieno inksto šlapimui separuoti ir nustatyti, katras šlapimas išeina tikrai iš tuberkuliozinio inksto. Nustačius, katras inkstas tikrai serga tuberkulioze, tuo pačiu nusistato indikacijai jo operacijai, jei tik antrojo inksto funkcija yra pakankama. Užtat su nustatymu inksto susirgimo tuberkulioze, kaip anksčiau esame matę, ankštai susiję ir inkstų funkcijos tyrimas. Jei vienas inkstas visiškai tuberkuliozės sugriautas ir antras inkstas taip pat serga tuberkulioze, bet jo funkcija dar yra pasilikusi pakankama, tai ir tuomet taip pat dar galima sėkmingai pašalinti visiškai nesveikas inkstas, kaip kad mes esame padarę mūsų V-uoju atsitikimu, pašalindami kairįjį pionefrozinį inkstą. (Žiūr. atv. 2).

Santrauka.

Tokiu būdu, tuberkuliozės procesui inkstuose įtarti, mes naudojamės inspekcija, palpacija (palpuodami patį inkstą arba ureterį per vaginam et per rectum) ir kitokiomis viso organizmo fizinėmis tyrimo priemonėmis ir ypač kreipiame dėmesį į nepagyjantį cistitą vartojant ilgalaikinius provimus, tuo labiau į cistitą, esanti ryšyje su „chronišku triperiu".

Bet tikrą inkstų tuberkuliozės diagnozę mes statome, pasiremdami tiek viso organizmo, tiek šlapimo takų ir pačio šlapimo specialiu tyrimu.

Iš specialių inkstų tuberkuliozės diagnozės priemonių mes laikome gan tinkamomis tuberkulinų reakcijas: ar čia būtų Pirquet'o reakcija, ar čia alttuberkulino injekcija, ar čia Ponndorff'o skiepų, ar ektebino skiepymas. Jei darome tuberkulino injekcijas, tai, jaunojo Kümmel'io pasiūlymu, injekuojame gan stiprius, ligi 1 mgr., tuberkulino tirpinius. Tuomet gauname ne vien tik vietinę stiprią reakciją, bet ir inkste židinio reakciją, pasireiškiančią skausmais inksto srityje su šlapimo tenezmais, ir bendrą viso organizmo reakciją su t^0 pakilimu.

Panašios reikšmės, kaip tuberkulininės reakcijos, turi Wildbolz'o pasiūlyta paties paciento šlapimo intrakutaninės injekcijos reakcija, arba Imhoff'o ir jaunojo Kümmel'io pasiūlyta kraujo forminių elementų (Blutzellen, teisingiau, kraujo ir 10% peptonbuliono centrifugato) injekcijos reakcija. Tos paciento šlapimo arba kraujo injekcijos į odą duoda

infiltratą, tur būt, pareinantį nuo tuberkuliozės bacilų antigenų veikimo.

Darant Wildbolz'o reakciją, tenka ji kartoti bent kelis kartus, del įvairaus kiekio specifinių medžiagų (antigenų) šlapime. Literatūroje yra nurodymų, jog Wildbolz'o reakcijoje infiltratą gali duoti dažnai šlapime esančios rūkščiosios fosforo ir natrio druskos. Užtat mėginta tos druskos prieš injekuojant išskirti iš šlapimo.

Mes gi Wildbolz'o reakcijos specifiškumo patikrinimo dėliai darome intrakutanines šlapimo injekcijas, kombinuodami jas su tuberkulinių preparatų, k. a.: Ponndorff'o skiepų, ektebino (Moro) ir kt., — aukščiau nurodytu būdu daromais įtrynimais. Tikrai esant inkstų tuberkuliozės procesui, ta reakcija mums nėra davusi neigiamų rezultatų. Nors darant vien tik Wildbolz'o reakciją be tuberkulinių preparatų įtrynimo į odą, yra galimi neigiami rezultatai, kai inkstai blogai išskiria (schlecht ausscheiden) šlapimą.

Darydami cistoskopiją, mes stengiamės visų pirmą ją atlikti visiškai be skausmų pacientui. Tam tikslui mes dažniausiai vartojame sakralinę anesteziją. Cistoskopuodami atkreipiame dėmesį į tai, kad tuberkuliozės procesas pūslėje beveik visuomet mėgsta lokalizuotis paslankiose šlapimo pūslės vietose, į ką jau Ringleb'as yra nurodęs.

Esant katram nors inkste pažengusiam tuberkuliozės procesui, kada ir to inksto ureteris yra sklerozuotas, tai cistoskopuojant galima pastebėti trigoni Lieutaudii asimetrija, pareinanti iš sklerozuoto ureterio įsitempimo, ir jo angos į šoną ir į viršų nuėjimas, kaip lygiai ir to ureterio angos respiracinis pašlankumas (Fullerton'o simptomas).

Jei tenka separuoti kiekvieno inksto šlapimas, tai geriausia tatai atlikti ureteriu kateterizacijos būdu, kurs sakralinėje anestezijoje beveik visuomet galimas, kol dar tuberkuliozės procesas pūslėje ne per toliausiai yra nužengęs, resp., kol tas procesas dažniausiai yra palietęs dar tik vieną inkstą. Šiaip ir be ureterių kateterizacijos galima gerai patikrinti, katras inkstas yra nesveikas, resp., katro inksto funkcija yra gera arba bloga, vartojant indokarmino injekcijas į raumenis.

Pyelogramos ir pneumopyelogramos yra nebūtinos inkstų tuberkuliozės diagnostikos priemonės, bet kai kada jos gali būti naudingos, rodydamos inksto geldelės, calices renales bei parenchimos išėstus kontūrus. Taip pat kartais gan naudingos yra inkstų tuberkuliozės diagnostikai ir paprastos rentgenogramos.

Vartojant tas visas inkstų tuberkuliozės diagnostikos priemones, dažniausiai šlapimo skiepymai bandomiesiems gyvulėliams nebereikalingi, nes praktikoje tie skiepymai yra ir nepato-

gūs, duodami rezultatus tik kelioms savaitėms praslinkus nuo įskiepymo.

Atsidėję tirdami pas mus inkstų susirgimus, mes galime pasakyti tik tai, ką jau pirmiau Iselin'as yra pasakęs: „Nicht die Nierentuberkulose, nur ihre Diagnose ist selten"-

Zusammenfassung.

Bei der Vermutung einer Nierentuberkulose bedienen wir uns folgender Untersuchungsmethoden: der Inspektion, Palpation (die Ureteren werden per Vaginam und per Rectum palpiert), auch anderer fisikalischen Untersuchungsmethoden des ganzen Organismus; besondere Aufmerksamkeit müssen wir einer unheilbaren; durch fortdauernde Spülungen behandelten und noch mehr einer solchen mit ,,chronischem Triper" zusammenhängender Cystitis schenken.

Die sichere Diagnose der Nierentuberkulose stellen wir auf Grund specieller Untersuchungen des ganzen Organismus, so auch des Tractus uretralis und des Urins selbst.

Unter den diagnostischen Untersuchungsmethoden der Nierentuberkulose können wir als brauchbar ansehen: die Tuberkulinimpfungsreaktion nach Pirquet, die — nach Ponndorff oder die Ektebinreaktion nach Moro u. dgl. Falls man die Alttuberkulinreaktion anwendet, so ist nach Kümmel jun. Vorschlage eine starke Tuberkulinlösung zu injecieren, dann bekommt man nicht nur eine lokale, sondern auch eine Herdreaktion der Nieren, die sich durch Schmerzen in der Nierengegend, oft in Verbindung mit Tenesmen, und einer Reaktion des ganzen Organismus mit Temperatursteigerung aüssert.

Aehnliche Bedeutung wie die Tuberkulininjektion hat auch die von Wildbolz angewandte Reaktion: des Patienten Urin intracutan zu injecieren, oder die von Imhoff und Kümmel jun. vorgeschlagene Reaktion — Blutzellen intracutan zu injecieren. Die intracutane Urin — oder Blutzelleninjektion ruft ein Infiltrat der Haut hervor, das man wohl durch die Wirkung des Tuberkelbacilenantigens erklären kann.

Bei der Anwendung der Wildbolz'schen Reaktion muss man dieselbe wegen der quantitativ verschiedenen specifischen Antigene im Urin mehrmals wiederholen. In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass die Wildbolz'schen Reaktion ein Infiltrat ergeben kann, wenn im Urin phosphorsäure und Natriumsalze vorhanden sind. Daher muss man die Salze vor der Injektion aus dem Harn ausscheiden.

Wir wenden die Wildbolz'sche Reaktion zwecks der specifischen Nachprüfung an und kombinieren die intracutane Urininjektion mit einer Tuberkulinreaktion nach Ponndorff, Moro (Ektebinreaktion) und mit anderen bereits oben erwähnten Impfungen oder Einreibungen. Wo es sich wirklich um einen tuberkolösen Prozess in den Nieren handelte fiel diese „kombinierte" Reaktion stets positiv aus. Beim schlechten Nierenfunktion ist bei der Wildbolz'sche Reaktion die ohne eine Einreibung, resp. Impfung eines Tuberkulinpräparats in der Haut gemacht wurde, ein negatives Resultat möglich.

Die Zystokopie muss für den Patienten möglichst schmerzlos verlaufen. Zu diesem Zwecke bedienen wir uns der sakralen Anaesthesie.

Beim Zystokopieren muss man ins Auge fassen, das der tuberkulöse Prozess der Blase fast immer mit Vorliebe sich an der nicht fixierten Stelle der Blase lokalisiert. Darauf hat schon Ringleb hingewiesen.

Wenn eine Niere von einem vorgeschrittenen tuberkulösen Prozess befallen und der Ureter dieser Niere sclerosiert ist, lässt sich eine Asymetrie im Trigonum Lieuthaudii beim Zystoskopieren bemerken; dieselbe wird herbeigeführt: durch die Schrumpfung des Ureters, durch die seitliche und nach oben gerichtete Verschiebung und durch die respiratorische Beweglichkeit des Ureterostiums (Fullerton'sches Symptom).

Man fängt den Urin eines jeden Ureters durch Katheterisieren gesondert auf. In sakraler Anästhesie ist die Ureterkatheterisation beinhabe immer ausführbar, solange der tuberkulöse Prozess der Blase noch nicht zu weit vorgeschritten, resp. sofern nur eine Niere befallen ist.

Auch ohne das Katheterisieren des Ureters kann man oft durch die Anwendung der intramusculären Indigokarmininjektion die kranke Niere erkennen, resp. feststellen, welche Niere gut oder schlecht funktioniert.

Weder das Pyelogramm noch das Pneumopyelogramm ist für die Diagnose der Nierentuberkulose unumgänglich erforderlich, doch können beide manchmal von Nutzen sein. Sie können nämlich die zernagten Konturen des Nierenparenchims, der Calices renales und des Nierenbeckens zur Anschauung bringen.

Manchmal sind auch einfache Röntgenogramme für die Diagnostik der Nierentuberkulose wertvoll.

Alle diese obenerwähnten Verfahren der Nierentuberkulosediagnostik sind genügend und die Urinimpfung an Versuchstieren kann unterlassen werden. Die Merschweinchen sind für diese Versuche meistens praktisch nicht geeignet, weil das Resultat der Impfung nur in einigen Wochen nach dem Impfungstage ersichtlich wird.

Auf Grund der bei uns sorgfältig ausgeführten Untersuchungen der Nierenerkrankungen können wir den Ausspruch Iselins bestätigen: „Nicht die Nierentuberkulose, nur ihre Diagnose ist selten".

Literatūra.

1. Prof. Baetzner (Berlin). — Diagnostik der chirurgischen Nierenerkrankungen. 1921.

2. Prof. Casper (Berlin). — Lehrbuch der Urologie. 1921.

3. Prof. Casper (Berlin). — Ueber Nierentuberkulose („Mediz. Klin." 1923, Nr. 28).

4. Prof. Cohn, Th. (Königsberg). — Die Aufblasung des Nierenbeckens für das Rentgebild. („Zentralbl. f. Chr. 1927, m. Nr. 33).

5. Проф. Федоров, С. П. (Петроград) — Хирургия почек и мочеточников. 1924

6. Prof. Fedorov, S. P. (Petrograd). — Ueber die atypische Tuberkulose der Nieren: Praetuberkulosis; Nephrocirrhosis kochobacillaris. („Zeitschr. f. Urolog." 1923, B. XVII, Nr. 5).

7. Prof. Hartmann (Paris). — Tuberculose rénale, révélée par une hématurie. („Journal des praticiens", 1923, Nr. 8).

8. Herman, Leon, M. D. (Philadelphia, Pa). — Pyelographyn in renal diagnosis („Annals of surgery" 1926, LXXXIII, Nr. 2).

9. Herrick, Frederick, C., M. D. (Cleveland, Ohio). — Pyelography in the diagnosis of tumors of the flank. („Annals of surgery ", 1926, vol. LXXXIII, Nr. 5).

10. Dr. Hübner (Berlin). — Die Frühdiagnose der Nierentuberkulose. („Deutsch. med. Woch." 1923, Nr. 18).

11. Dr. Hübner (Berlin). — Die Tuberkulose der Harnorgane. („Münch. med. Woch." 1923, Nr. 45).

12. Prof. I s r a e l, James u. Dr. I s r a e l, Wilhelm (Berlin). — Chirurgie der Niere und des Harnleiters. 1925 m.

13. Prof. J o s e p h, Eugen u. Dr. K l e i b e r, Nikolai (Berlin). — Muss und darf man vor Extirpation einen tuberkulösen Niere die zurückzulassende Niere katheterisieren? („Münch. med. Woch." 1926, Nr. 3).

14. Prof. K ü m m e l, H. (Hamburg), — Ueber Frühoperation der Nierentuberkulose. („Arch. f. klin. Chir." 1904),

15. Prof. L ö w e n s t e i n (Wien). — Beitrag zur Aethiologie der Nierentuberkulose. („Wiener klin. Woch." 1925, Nr. 29).

16. Prof. M a r i o n (Paris). — Des précotions à prendre au moment de l'intervention et des soins à donner pour obtenir labonne guérison d'une néphrectomie pour tuberkulose rénale. („Jornal d'urologie" 1925, tome XIX, Nr. 1).

17. Prof. M a r t i n (Paris). — Deux observations de cathétérisme urétéral à vesisse ouverte pour tuberculose rénal. („Journal. d'urol." 1925, tome XIX, Nr. 5).

18. P e r s o n, Mauritz, M. D. (Stockholm). — Renal tuberkulosis. A. clinical survey of 295 cases, 90 of which were not operatet on. („Annals of surgery". 1925. Vol. LXXXII, Nr. 4).

19. Prof. T u f f i e r (Paris). — Tuberkulose rénale. 1898.

20. Prof. W i l d b o l z (Bern). — Chirurgie der Nierentuberkulose. („Neue deutsche Chirurgie". 1913, Nr. 6).

Išsami literatūra randama minėtų autorių veikaluose.

Gyd. L. Kenstavičius.

Iš Liet. Universiteto Medicinos Fakulteto Chirurgijos klinikos. Vedėjas pirmiau prof. J. Boit'as, dabar prof. A. Hagentorn'as.

Del kelio sąnario tuberkuliozės konservatiško ir operatiško gydymo.

(Tęsinys).

Ekstenzija ir immobilizavimas.

Gydant sąnarių uždegimus rami padėtis pilna prasme yra conditio sine qua non. Ypač reikalingas ramumas visais aštriais sąnarių uždegimais. Esant ir chroniniams inflamatoriniams procesams sąnariuose, bent žymiai jų daugumai, ramumas vistiek reikalingas, ar bent mažių mažiausiai naudingas. Judinimas ne tik didina uždegimą ir palengvina jam plėstis, bet ir sudaro galimumą forsiruotam infekcijos ir uždegimo produktų iš paliesto sąnario praėjimui į organizmą. Be to, judinimai sukelia daugelyj atsitikimų skausmą, gali padaryti mechaninius sutrikimus intrakapsulinėse kaulų dalyse, ištempti sąnario raiščius etc...

Charakteringa, kad ir C e l z i j u s savo laikais panašiais atvejais prisilaikydavęs dėsnio: „optimum remedium quies est".

Kai kurie klinicistai, pav. A. Bier'as, pabrėžia: „...Gänzlich verbahnt ist die Ruhigstellung der tuberkulösen Gelenke, wogegen ich seit mehr als 25 Jahren einen Kampf führe. Das tuberkulös erkrankte Gelenk soll nicht ruhig gestellt, sondern entlastet werden"*).

Tokio pat nusistatymo laikosi ir Klapp'as[61]) ir kai kurie kiti. Tuo būdu norima pasiekti paslankumo sergančiuose sąnariuose išlikimas.

Daugelis gi klinicistų yra visai kitokio nusistatymo, pav. kolektyviniame Bergmann'o, Bruns'o ir Mikulicz'iaus darbe, vėliau kiek papildytame ir kiek perdirbtame Garré's, Küttner'o ir Lexer'o — Reichel'io**) ten aprašomam „Die Chirurgie des Kniegelenkes und Unterschenkels" pabrėžtinai nurodoma, kad būtinai reikalinga „die absolute Ruhigstellung des erkrankten Gelenkes". Reiškia, immobilizavimas visgi būtinas.

Panašios nuomonės laikosi Tillmans'as ir daugelis kitų, tame skaičiuje iš senesniųjų, pavyzdžiui, ir Nelaton'as. Jo nurodoma, jog turint galvoje, kad mažiausiai pajudinus nesveiką sąnarį kyla dideli skausmai, chirurgai yra priėmę už bendrą taisyklę tokius sąnarius laikyti visiškoje ramybėje. Toks svarbus ir sėkmingas gydymo būdas, kaip immobilizacija, gali ir turi būti vartojamas visais ligos periodais.

Kadangi peržiūrimas Liet. Un. Med. Fak-to chir. klinikos ligonių kontingentas buvo su užleistais ir toli nužengusiais destruktyviais procesais, kada restitutio ad integrum vargu begalima, tai immobilizavimas buvo laikomas kaipo priemonė gauti galūnės ankilozei ištiestoje padėtyje, žinoma, tvirto ir pastovaus tokiais atvejais, kaipo siekiamo, tikslo.

Pagaliau, tokiuose sąnariuose, kuriuose, del lengvesnių formų patologinių procesų, paslankumas neturėtų būti visiškai prarastas, po sugijimo, nuėmus gipso tvarsčius, prireikus paslankumas buvo žymiai restauruojamas masažo, pasyvios ir aktyvios gimnastikos etc. pagelba; gydant vien tik ekstenzijos pagelba, reikia nepamiršti kai kurių ir kitų šito būdo savybių, kurios toli gražu ne visai teigiamai apibudina ir patį būdą. Vartojant vien tik ekstenziją, kas atliekama su pagelba tam tikrų aparatų ir svorio ištempimui, ligoniai verčiami visą laiką pasilikti lovoje ir tai vienodoje padėtyje, pav aukštelninki, negalėdami laisvai pasiversti sulig noru vienu ar antru šonu ir taip per ištisus pusmečius. Nusilpusių ir šiaip džiovininkų tiesiog kalte prikalimas šituo būdu prie lovos ir tai ilgesnį laiką

*) „Münch. med. Woch." 1922, Nr. 4.

**) Sulig Reichel'iu[106]), Bd. VI, 316—318 pusl.

tvankioje ligoninės atmosferoje — vargu bau gali būti aukštai vertinamas.

Visai kas kita, kai immobilizuojama gipso tvarsčiais. Ligonis tada nė kiek nepriverstas visą laiką gulėti. Priešingai, net įtaisius papedėje vadinamą „Guhbügel", ligonis gali vaikštinėti. Kas dar sudaro savo teigiamumų — tokie ligoniai gali būti gydomi ambulatoriškai, resp. privačioje praktikoje.

Pagaliau, gydant vien tik ekstenzija, jei sąnarys ir išgytų, vistiek yra nemaža pavojaus nuo ilgo ištempimo, nes galima gauti, kaipo pastovi pasėka, sąnario išklibimas.

L. Univ. Med. Fak-to chir. klinikoje laikytasi nusistatymo naudotis ekstenzija tol, kol bus pasiekta sąnario bei visos galūnės ištiesta padėtis, paskui gi vartojami paprasti nejudomi tvarsčiai ar šiaip portatyviai ortopediniai aparatai.

Daugelis ligonių, įstoję į kliniką su kelio sąnario kontraktūromis, per vieną antrą savaitę, kartais net ir per 2—3 mėnesius buvo gydomi ekstenzija. Kaulinių kontraktūrų nepasitaikė. Vėliau, suteikus galūnei ištiestą padėtį, buvo uždedamas gipsas.

Vienu kitu atsitikimu, esant neperdidelio laipsnio kontraktūrai, buvo uždedamas gipsas ištempus galūnę narkozėje.

Yra žinoma, kad kelio sąnario talpa yra už vis didžiausia sulenktoje padėtyje; ji mažėja ištiesiant koją ir pasiekia savo minimumą visai ištiesus galūnę. Užtat fiksuoti koja ištiestoje padėtyje dar svarbu ir todel, kad tatai padidina intraartikuliarinį spaudimą, nes ištiesiant talpa mažėja, spaudimas gi didėja. Tuo būdu padidinama uždegimo eksudato rezorbcija. Esant ir vienodam spaudimui iš viršaus, — sumažinamas kraujo priplūdimas į inflamatorinių kaulų galus.

Esant fistuloms, atatinkamose gipso tvarsčio vietose buvo padaromi langai.

Gipso tvarsčių didumas paprastai buvo vartojamas nuo os ischii iki pėdos.

Gerokai ligonių dalis, įdėjus galūnę į gipsą, apleisdavo kliniką ir tik po mėnesio ar pusantro turėdavo vėl pasirodyti. Tada gipsas buvo pamainomas. Prireikus, ilgesniam ar trumpesniam laikui ligoniai vėl buvo guldomi į kliniką.

Pasitaikydavo, kad kartais per mėnesį atsiradę abscesai pratrūkdavo ir subėgdavo aplink sąnarį esant nenuimtam gipsui; kadangi tokie ligoniai minėtais atvejais nepasiskubindavo atvykti į ligoninę ar bent vietoje nepasistengdavo nuimti gipso tvarstį ir prībūdavo tik kai kuriam laikui praslinkus, tai, aišku, buvo neišvengtinas tada ir ligos pablogėjimas ir dermatitų, ekzemų ir kt. komplikacijų atsiradimas.

Charakteringa, kad neveltui, pav., Ledderhose[79]), remdamasis savo patyrimais, tvirtina, kad kelio sąnario tuberkuliozei lieka gipso tvarstis ir lig šiol ir toliau labai sėkmingu gydymo būdu.

Taip pat ir Blencke[12]) nurodo, kad gipso tvarsčių pagelba galima duoti visiškas ramumas sergančiam sąnariui; vartojant šiaip įvairius aparatus gali įvykti nuo sujudinimų suerzinimai ir net sužalojimai; ypač to neišvengiama, kai aparatais pradeda manipuliuoti patys ligoniai ar jų artimieji. Be kita ko, minėto klinicisto rašoma: „Wier müssen deshalb eine Behandlung einleiten, die weniger kostspielig ist und deren Erfolge gewiss nicht nenneswert hienter denen zurückbleiben, die in Hochenlychen erziehlt werden. Und das ist die Giepsbehandlung, von deren guten Erfolgen ich mich genugsam überzeugen konnte".

Tokio pat nusistatymo laikosi Lexer'is ir daugelis kitų.

Darant bendrą išvadą del peržiūrimų tuberkuliozinių gonitų atsitikimų Liet. Univ. chir. klinikoje, reikia pripažinti, kad ekstenzija ir immobilizavimas yra vieni pagrindinių ir svarbiausiųjų gydymo būdų ir kad jie, kartu su kitais pagelbiniais konservatiškos terapijos būdais, duoda visai gerų sėkmių.

Medikamentinis gydymas.

Jodoformas-glycerin'as. Iš daugelio vaistų mėgintų intraartikuliariai tuberkulioziniams gonitams gydyti, labiausiai yra priimtas 10% jodoformas - glycerinas. Pirmi mėginimai šita emulsija gydyti sąnarių bei kaulų tuberkuliozę priklauso v. Bruns'ui. Dar kiek anksčiau (bene apie 1880 metus) Mosetig v. Moordof'as esąs vartojęs jodoformą apibarstyti tuberkulioziniams audiniams ir injektuoti į šaltus abscesus. Eug. Kisch'as randa, būk jodoformo - glycerino injekcijas pasiūlęs Billroth'as. Apskritai imant, kaip žinoma, jodoformo - glycerino įtreškimai į tuberkuliozinius sąnarius yra nusistovėję ir gana plačiai išmėginti; jau nuo seniau iki šių laikų yra jie branginami, nors sėkmingumas pasireiškia ne taip jau greit.

Kokiu būdu turi būti pagaminta emulsija, yra visgi ginčytina. Pav. Lexer'o patariama nesterilizuoti, nes tai esą sumažina emulsijos veikimą[81]). Jei mišinys gavo pastovėti apie savaitę, jis jau nebetinkąs. Geriau, kad būtų paruošiama kiekvieną kartą sulig reikalu. Bandelier-Roepke[5]) (843 pusl.) nurodo, kad ir jodoformas ir glycerinas turi būti sterilizuojami karščiu ligi 100 C, bet tik kiekvienas iš aukš-

čiau minėtų preparatų skyrium. Paskui jau jie steriliame inde sumaišomi. Tillmans'as nurodo, kad vartojama tik sterilizuota jodoformo - glycerino emulsija, nežiūrint visai, kaip tas sterilizavimas atliktas.

Kadangi jodoformas - glycerinas švirkščiamas tokiais atvejais, kada patolog. procesas dar nėra toli nuėjęs, dažniausiai atsitikimais be fistulų, tai pavartoti nesterilė emulsija būtų perdaug neatsargu, nes daug šansų, kad kartu gali būti įnešta tuo pat keliu ir pašalinė infekcija.

Liet. Univ. Medic. Fak-to chir. klinikoj buvo vartojama tik sterilė emulsija, nežiūrint, kaip ji paruošta, t. y. ar abudu ingredijentu sterilizuotu skyrium ar kartu.

Kaip veikia jodoformos - glycerinas, tatai ne visai aišku. Vieni įžiūri, būk tuo sukeliamas susitraukimo - surandėjimo procesas tuberkuliozinėse granuliacijose. Kiti gi, pav. Jochmann - Müller'is ir kt., yra patyrę, kad tuberkuliozinai pūliai neturi leukocitų fermentų ir jų įsisiurbimas todel eina labai sunkiai. Įšvirkščius jodoformo - glycerino, įvyksta leukocitų priplūdymas į sergantįjį sąnarį, tada pasidaro laisvi leukocitų proteolitiniai fermentai ir tuo būdu pulių peptonizuojamoji ypatybė padidėja, kas padeda rezorbuotis tuberkuliozinėms granuliacijoms ir visiems patologiškai paliestiems audiniams.

Kaip tas veikimas beįvyksta, tatai empiriškai praktiško jodoformo - glycerino vartojimo, matyti, nesumažina.

Liet. Univ. Medic. Fak-to chir. klinikoj peržiūrimoje medžiagoje jodoformo - glycerino injekcijomis buvo naudotasi gana plačiai. Padarius pirm sąnario punkciją, leidžiama buvo tuo pačiu dūrimu jodoformo - glycerino 5, 10, 15 ar 20 ccm. — žiūrint į ligonių amžių; injekcijos buvo pakartojamos kas dvi - keturios savaitės. Pavieniais atsitikimais jodoformo - glycerino veikimas buvo vaizdus, kuo galima įsitikrinti ir ištraukomis iš ligų istorijų.

I. Ligonė L., 11 metų. (Lig. istorija Nr. 1427, 1922 m.); gydymas konservatiškas — immobilizacija gipsu, Ponndorf'as ect. Keletą mėnesių jokių vaisių nesimatė. Įleidus tik vieną sykį jodoformo - glycerino 10%, daugiau eksudato sąnaryje nebeatsirado.

II. Ligonis T. V., 16 metų (Lig. ist. Nr. 1321, 1923 m.). Gonitis tbc. serosa. Gydymas — extensio. Daryta dusyk jodoformo - glycerino injekcijos su pertraukomis per dvi savaites. Įvyko žymus pagerėjimas: sutinimas atslūgo, skausmingumas pranyko etc.

III. Ligonis I. K., 20 metų (Lig. ist. Nr. 567, 1924 m.). Gonitis tbc. serosa. Extensio. Dusyk leista jodoformo - glycerino 10%. Kiti gydymo būdai ligos istorijoje neminimi. Sutinimas, kurs laikėsi apie pusę metų, atslūgo; skausmingumas pranyko. Ligonis išsirašė gerai jausdamasis.

Pažymėtina, kad vaizdus pagerėjimas nuo jodoformo - glycerino gauta tik serozinėse tuberkuliozinių gonitų formose. Labiau užleistais atsitikimais, kokių turėta dauguma, nuo minimo gydymo būdo jokių aiškesnių pastebimų pagerėjimų nematyta.

Jokių negeistinų komplikacijų nė kartą nėra įvykę, nors ir aprašoma, kad gali būti gauta intoksikacijos reiškinių net nuo visai mažų jodoformo dozių arba nefritas ir haemoglobinuria nuo glycerino.

Anglijoje, vietoje jodoformo - glycerino 10% emulsijos, vartojama:

Jodoformii	5,0
Aetheri sulfur.	10.0
Guajacoli	
Kreosoti aa	2,0
Ol. Olivarum	100,0

Liet. Univ. Med. Fak-to chirur. klinikoje šitas vaistas nebuvo išmėgintas.

Fenolis - kamfora. Pūlingais tuberkuliozinių gonitų atsitikimais, kartais esant jau net fistuloms, buvo vartojama fenolis - kamfora Chlumsky'o formulos pavidalo:

Ac. carbol. puriss.	30,0
Camforae tritae	60,0
Alcohol. absolut.	10,0

Kad negautume fenolo deginamojo veikimo, reikalaujama, kad viskas būtų paruošta, kiek galint, be priemaišos vandens. Dešimts dalių absoliutaus spirito reikalinga tik tam, kad sutirpintume fenolo kristalus ir padarytume juos tinkamais koloidiškam susijungimai su kamfora. Vartojant fenolį - kamforą turėta galvoje, kad kiti antiseptiški mišiniai, skirti išvirkšti į sergančius sąnarius, praranda greitai sąnario viduje savo pagrindinę veikimo ypatybę, o fenolis - kamfora — tai savo rūšies „Dauerantisepticum"*).

Nors kai kurie, pav. Axhausen'as, ir tvirtina, kad fenolio - kamforos veikimas esąs būk stačiai „katastrofingas", nes išsirutuliuojanti kremzlių nekrozė etc. ir galutinose pasėkose arthritis deformans, vienok nieko panašu nepastebėta tais atsitikimais Liet. Univ. Med. F-to chir. klinikoje, kuriais minimas tirpinys buvo gana plačiai pavartotas: jokių blogų komplikacijų neįvyko.

Kas del pagerėjimų, tai pavieniais atsitikimais jų tarytum ir būta, bet šiaip ne visai aiškių. Daugumoje pagerėjimų visai nekonstatuota.

---

*) „Zentrbl. f. Chir." 1922, Nr. 28.

E. B e c k'o bismuto pasta. Nors medikamentiniam gydymui yra siūloma daug įvairių kombinacijų ir būdų, bet čia reikalingas visur prideramas apsižiūrėjimas. Pav., del pragarsėjusios kiek E. B e c k'o bismuto pastos, kurios sąstatas šis:

Bismuthi subnitr.	30,0
Cerae albae	
Paraffini aa.	5,0
Vaselini.	60,0

Ypač po to. kai prieš ją griežtai yra pasisakęs L e x e r'is, nurodydamas, kad jis nematęs ne tik nė vieno išgijimo pavartojus aukščiau minėtą pastą, bet, priešingai, pasitaikydavę sunkių, kartais net ir mirtingų, apsinuodijimo atsitikimų bismuto nitratais, nes, įsibrovus pastos dalelėms į venas, gali atsitikti embolijų, duodančių exitus letalis; B e c k'o pasta savo pasitikėjimą yra praradusi. Net B a n d e l i e r - R o e p k e nurodo tiesiog, kad B e c k'o pasta pilietinių teisių terapijoje nėra įsigijusi.

Bismuto pastos šalininkų rasta išeitis pakeičiant bismut. subnitr. į bismut. carbonicum. Pastarojo veikimas būk esąs visai geras. Nėsant, vienok, platesnių davinių literatūroje, nuo mėginimo minėtos pastos klinikos ligonių kontingetui susilaikyta.

Cuprum-therapie. Nemaža yra praskambėjęs tuberkuliozės gydymas vario preparatais, t. y. vadinama „Cuprum - therapie." Kaip žinoma, pamatą tai terapijai yra padėjusi savo eksperimentais v. L i n d e n. Jos buvo pastebėtas afinitetas tarp cuprum, iš vienos pusės, ir tbc. bacilų ir tuberkuliozinių audinių, iš kitos. Tatai yra patvirtinę ir kiti, pav. S e l l e i, G e n s a b u r o ir C o r p e r'is.

Cuprumtherapie eksperimentinės tuberkuliozės atsitikimais yra davusi tokių pagijimo pasėkų, kokių visai nėsą buvę gauta kitais gyd. būdais. S t r a u s s'as pamėgino tai patikrinti žmogaus odos tuberkuliozei gydyti. Jo buvo patvirtinta, kad cuprum, vietiniam gydymui pritaikintas, duodąs net specifinių rezultatų. Turint galvoje, kad lecitinas turi ardančios įtakos tbc. bacilų sienelėms ir tuo būdu sumažinamas jų atsparumas rūkštims, buvo mėginta sujungti varis ir lecitinas į vieną junginį, kas ir buvo padaryta Bayer-Lewrkusen'o firmos pagaminant preparatą l e c u t y l. Išoriniam vartojimui imama jo 100-ui dalių ol. jecoris aselli, 5 dalis Cu ir 10 dalių cycloformo. Į vidų vartojama piliulėmis, po 0,005 Cu kiekvienoje.

Klininiai patyrimai toje srityje labai negausingi. Pav., G. D ü t t m a n'as[23]) 29 atsitikimais mėginęs chirurginę tuberkuliozę gydyti lecutyl'iu. Plačiai atidengdavęs tuberkuliozinius židinius, išskaptuodavęs aštriu šaukštu liguistus audinius

ir į vidų įtepdavęs aukščiau minėto lecutyl'io tirpinio. Pasėkos būk buvusios gana geros. Kelio sąnario tuberkuliozės jo negydyta nė vieno atsitikimo. Išgijusieji bei pagerėjusieji ligoniai, išrašyti iš klinikos, toliau nebebuvo observuojami.

Kurt Löwensteinas[36]), Rudolfo Virchow'o ligoninės chirurgijos skyriuje, Berlyne, išmėgino per vienerius metus įvairius vario preparatus, ar čia junginiais su lecitinu, ar čia su dimethyl - glycol'iu, ar čia emulsijomis su ol. jecoris aselli. Išmėginta 25 ligonius gydant. Pasirodo, tik 4 atsitikimais buvo gautas efektingas veikimas; kitais gi 21 — pasėkos gana abejotinos ar net ir labai abejotinos.

Apie kitų klinicistų patyrimus su vario praparatais chirurginei tuberkuliozei gydyti kaip ir nieko paskelbta spaudoje rasti lig šiol neteko.

Nėsant bendrai atatinkamų platesnių patyrimų su cuprum - therapie, jos pritaikymas Liet. Univ. Medic. Fak-to chir. klinikoje buvo paliekamas nuošaliai.

Jodas sulig Hotz'u. Gydymas chir. tuberkuliozės jodu sulig Hotz'u[37]) tatai yra modifikacija jodoformo - glycerino terapijos; be 10% jodoformo - glycerino, vartojama dar 10% tr. jodi; leidžiama kas 7—10 dienų po 5—6 ccm. į gluteus. Šitas būdas pradeda prigyti, matyti, Rusijoje. XV Rusų chirurgų kongrese prof. Grekov'as yra pranešęs savo patyrimus, įgytus šituo būdu gydant per 9 metus daugiau kaip 1000 stacionarių ligonių. Apskritai imant, esą gauta visai gerų pasėkų. Kitų patyrimai, įgyti šituo būdu, yra labai maži. Ateitis, žinoma, tinkamai įvertins ir vartojimą jodo sulig Hotz'u.

Enzytol. Visai nuošaliai lieka savo originaliu principiniu pamatavimu būdas gydyti chirurginę tuberkuliozę enzytol'iu*).

Schwarz'o patyrimu, lecitiną švitinant radijaus spinduliais, iš jo pasidaro cholinas, kurs savo nuodingumu ir ardąs švitinamus audinių narvelius. Tas pats buvo patirta Werner'io ir rentgenoterapijoje. Iškilo tada mintis vartoti koliną tais atvejais, kada laukiama gerų pasėkų iš rentgenoterapijos, t. y. tokiu būdu chemiškai imituoti spindulių veikimą. Praktiškai buvo pritaikinta 10% boro rūkšties cholinas, vadinamas enzytol'is; praskiesti imama fiziologinio tirpinio 100 ccm. Pradžiai pakanka 1,0 enzytol'io. Paskui kas antra diena dozė didinama 0,5, kol bus pasiekta maksimalė dozė 4,0. Įleidžiama į organizmą pagelba infūzijos. Išvadoje apie veikimą, autorius kalba tik apie enzytol'io įtaką bendrai organizmui — sekrecijos padidėjimas, kai kurie kraujo pakitimai,

---

*) „D. Zeitschr. f. Chir.“ 1921, Bd. 161, H. 1—2.

immuniteto pakėlimas ir kt. —, bet kas del patologinio proceso pagerėjimo — nieko neprasitariama.

Šitas būdas, kaipo neturįs lig šiol atatinkamo praktiško pritaikymo, Liet. Univ. Medic. Fak-to chir. klinikoje nebuvo vartojamas.

Kiti įvairūs preparatai. Jaudinimajai terapijai (Reiztherapie) skiriami ir plačiai reklamuojami moderniški patentikai, k. a.: lipatren, yatren, yatren-casein, terpichin, omnadin ir kt., beveik ir nebuvo vartojami.

Buvo išmėginta švirkšti į raumenis kreosot'o 20% su ol. olivarum. Vartojant kartu ir kitus konservatiškus būdus, pagerėjimų gauta, bet kiek čia turėta kreosot'o įtakos, klausimas lieka atviras.

Rekomenduojamieji kitų patyrimai, kaip antai: švirkšti į sąnarius 60% alkoholio, koncentruotos karbolio rūkšties, sapo kalini virid. venalis, tr. jodi, — šiuo laiku Lietuv. Univ. Medic. Fak-to chir. klinikoje nebuvo vartojami ir del jų jokių stebėjimų neturima.

Kalbant apie medikamentinį gydymą, tenka paliesti ir kai kas iš maitinamųjų preparatų, ypač reklamuojamų, kaipo būk turinčių ypatingos reikšmės chirurginei tuberkuliozei gydyti *).

Pav. **Eatan'as.** Šitaip yra pavadintas maitinamasis preparatas, susidedąs iš hydrolizatų įvairių galvijų audinių bei organų, pirma eile sąnarių bei kaulų, toliau organų vidujinės sekrecijos, kraujo indų, jungiamųjų audinių ir kt. Veikiančioji dalis yra čia amino rūkštys, kurioms ir priduodama didelės biologinės reikšmės. Be amino rūkščių, nebe reikšmės gal ir įvairios kitos daiktybės; bet ir cheminė jų struktūra ir fiziologinis veikimas lig šiol tiksliai neišaiškinti. Neabejotina, kad hydralizatai nėra specifiški prieš tuberkuliozės infekciją. Preparatas turi ne vien tik maitinamosios reikšmės savaime, bet dar pagausina skrandžio sunkos sekreciją ir sužadina apetitą. Išimtinai tik vienu eatanu chirurginė tuberkuliozė negali būti gydoma, bet, žinoma, šiaip gali būti vartojamas ir konservatiškais ir operatiškais būdais gydant.

„Schlotsche Kur". Schlotsche-Kur taip yra vadinamas sistemingas davinėjmas ligoniams, ypač pasilpusio mitimo, extr. malti sicc. (Liebe), 3—4 kartus per dieną po arbatinį šaukštelį. Daugeliu atsitikimų buvę pasiekiamas ne tik kūno svorio padidėjimas, bet ir bendros organizmo būklės, o kartu ir lokalio proceso pagerėjimas.

Kadangi Liet. Univ. Medic. Fak-to chir. klinikoje ir šiaip

*) „Münchener Med. Woch." 1923, Nr. 21.

buvo rūpinamai atatinkamai maitinti sergantieji džiova, prireikus buvo vartojami dar ir ol. jecoris aselli, geležis, arsenas, kalcis ir kt., tai aukščiau minėtiems dirbtiniams patentuotiems maitinamiesiems preparatams nebuvo priduota svarbos ir apsieita visai be jų.

Bendroje santraukoje del medikamentinių chirurginės tuberkuliozės gydymo būdų, šiuo atveju taikant jį tuberkulioziniams gonitams, tenka pastebėti, kad tiksliai jį panaudojus, gaunama gana daug naudos nelengvoje tuberkuliozės terapijoje, bet užleistais ir sunkiais atsitikimais medikamentinis gydymas lieka bejėgiškas.

Bier'o užsistovėjimo hyperemija (Stauungshyperämie nach Bier).

A. Bier'as, nors pats ne kartą griežtai buvo pasisakęs prieš bent kokį schematizavimą chirurginės tuberkuliozės gydyme, yra pasiūlęs savo šabloninę schemą — užsistovėjimo hyperemiją, jodą ir saulę. Lig šiol sėkmingiausiai tas gydymo būdas pritaikintas Bier'o iniciatyva įsteigtoje ligoninėje chirurg. tuberkuliozei gydyti, Hochenlychene. Eug. Kisch'as[56]), Bier'o asistentas ir minėtos ligoninės vedėjas, jau gan greit apie 13 metų tik minėtu būdu gydydamas chirurginę tuberkuliozę, yra gavęs visai gerų sėkmių. Net sunkiais fistuliniais atsitikimais gauta puikiausių, anot autoriaus, rezultatų. Deja, lig šiol kitų klinicistų šitas būdas, kaipo pamainąs visus kitus ir duodąs gerų funkcionalių sėkmių, niekeno nepripažintas tokiu vertingu, kaip kad pačių A. Bier'o ir Eug. Kisch'o konstatuojama. Entuziazmas, ypač Eug. Kisch'o, čia nemažas. Vienok pats A. Bier'as[8]), nors Vokiečių chirurgų kongrese 1922 met. yra pasisakęs už visai konservatišką chirurginės tuberkuliozės gydymą, bet, kaip matome iš jo įžymaus darbo „Hyperämie als Heilmittel", žiūri į dalykų būklę kiek giliau ir plačiau. Paminėtina iš aukščiau išvardinto veikalo viena kita citata.

Pavyzdžiui:

„Die Ergebnisse der Behandlung waren sehr wechselnd, neben glänzenden Erfolgen zahlreiche Misserfolge, oder solche Fälle, wo die Stauunghyperämie allein nicht ausreichte, sondern zu anderen konservativen oder operativen Mitteln gegriffen werden musste" (255 pusl.).

„Ferner teile ich mit, dass auch in den günstiger verlaufenden Fällen häufig die Stauunghyperämie allein nicht zum Ziele führte. Wier mussten öfters andere konservative Mittel, Streckverbände, Gipsverbände, Jodoform - Einspritzungen zu Hilfe nehmen, oder gar zu mehr oder weniger eingreifenden Operationen übergehen" (257 pusl.).

„Als Kontraindikationen lasse ich gelten: beginnende Amyloidentartung und schwere Lungenphthise, die, die Amputation erforden, sehr grosse, die ganze Gelenkhöchle ausfüllende kalte Abscesse, die sehr selten und fast nur beim Kniegelenk vorkommen, und fehlerhafte Stellungen der Gelenke die im günstigsten Falle nach der Ausheilung ein schlechters Resultat geben würden, als die operative Behandlung. Dies trifft besonders beim Kniegelenk zu" (265 pusl.).

„Dass die verstümmelnden Operationen gänzlich aus der Welt geschafft werden, will ich keineswegs behaupten". (277 pusl.).

Toliau A. B i e r'as, be kita ko, yra prasitaręs, kad pasėkose gydant užsistovėjimo hyperemija yra tekę jam pačiam gauti nepageidaujamų komplikacijų: chroniškų edemų ir net bendrų sepsis'ų su letale pabaiga.

Nors A. B i e r'as įvairiuose savo nusistatymuose, kaip retai kas iš mokslininkų, yra buvęs labai nepastovus, bet aukščiau išvardintųjų savo patyrimų jis nėra atsisakęs.

Autorių, įvertinančių hyperemiją teigiamai, randama labai nedaug; įvertinančių ją skeptiškai arba ir visai neigiamai yra toli gražu nemaža.

Pav. E. L e x e r'is[82]) mano, kad galima pamėginti pasiekti sąnarių tuberk. išgijimą, darant 1 valandai sutrumpintą užsistovėjimo hyperemiją sulig B i e r'u ir duodant į vidų jodo-natrio. Tuo būdu gaunama pagerėjimų, bet ne išgijimų. Ilgas užsistovėjimas buvo nevartojamas, del pavojaus gauti skubotą pūlingą fungozinių audinių sutirpimą (Einschmelzung). Tatai, kaip taisyklė, būna visada užsisenėjusiais ir fistuliniais atsitikimais, kurie pervedami tuo būdu į dar labiau pūlingas formas ir todel rezekcija dažnai padaroma nebeišvengtina.

A. H i l s e[42]) nurodo, kad už vis silpniausiai tereaguoja kombinuotam gydymui jodu, užsistovėjimo hyperemija ir saule — tuberkulioziniai gonitai ir tai ne tik suaugusiems, bet ir vaikams. Pablogėjimų būk negaudavęs; išgijimas eidavęs labai iš lėto. Suaugusiems konservatiška tuberkulioziniu gonitų terapija, apskritai imant, labai dažnai būdavusi be naudos..

G a r r é[20]) pažymi, kad, nors pavienių pagerėjimų ir yra tekę jam matyti gydant užsistovėjimo hyperemija sulig B i e r'u, bet šiaip jau jo lūkestys, kad šitas gydymo būdas bus sėkmingas, nepasitvirtinęs.

K ö n i g'as užsistovėjimo hyperemiją, kaipo chirurginės tuberkuliozės gydymo būdą visai atmeta.

S i g f r i e d'as S i m o n'as[106]) praneša, kad užsistovėjimo hyperemiją kartu su jodo-natriu sulig B i e r'o nurodymais esąs išmėginęs daug kartų: jokios įtakos gijimui nėsąs stebėjęs. Ligoniai, kuriems pagerėjimo nesirodė, per daugelį mėne-

sių buvę gydomi užsistovėjimo hyperemija ir tai be mažiausios naudos.

F r i e d r i c h'as H. persergsti davinėti tokias dideles jodo preparatų dozes, nes tokis gydymas duodąs lytinių liaukų atrofiją ypač jauniems invalidams.

B a u m g a r t e n'as, gydydamas eksperimentiškai sužadintus sąnarių tuberkuliozės atsitikimus užsistovėjimo hyperemija, negavęs jokių gijimo reiškinių.

Aukščiau išvardintieji daviniai verčia manyti, kad į užsistovėjimo hyperemiją, jodą ir saulę, kaipo į vienintelius ir sėkmingiausius gydymo būdus, žiūrėti nėra galima.

Užsistovėjimo hyperemijos technika pačio A. B i e r'o buvo įvairiai mainoma, ypač ilgumas laikymo uždėto binto; iš pradžių buvo vartota užsistovėjimas vienai valandai, bet terapinis efektas jo pasirodė menkas. Tada B i e r'as, pasiūlė vad. „Dauerstauung": bintas buvo uždedamas 7 dienoms. Padarius dienai pertrauką, bintas vėl buvo uždedamas. Pasėkose, nors edema ir buvo didelė ir pati hyperemija buvo labai ryškiai išreikšta, bet neišvengtinas buvo ir didelis abscesų atsiradimas. B i e r'as[9]) 1912 met. pasiūlė vartoti gana didelėmis dozėmis jodą, jodo-natrio pavidalu, kaipo būk turintį specifinį veikimą tuberkulioziniams audiniams ir galintį sulaikyti abscesų susidarymą. Dabar užsistovėjimas vartojamas triskart per dieną po 4 valandas su pertraukomis. 10 minučių prieš bintą uždedant duodamas 1,0 natr. jodati. Visas užsistovėjimo hyperemijos svarbumas, resp. menas (Kunst!), pareinąs nuo tinkamo binto uždėjimo.

Liet. Univ. Medic. Fak-to chir. klinikoje, kad ir negausingais atsitikimais, buvo mėginta tuberkulioziniai gonitai gydyti užsistovėjimo hyperemija sulig B i e r'u, bet gerų sėkmių iš to nematyta. Priešingai, vienu atsitikimu (Lig. ist. Nr. 1427, 1922 m.), kurs per 5½ mėn. buvo gydytas užsistovėjimo hyperemija po 4 valandas 3 kartus per dieną, duodant į vidų nustatytą jodo-natrio doze, bet vis tiek abscesų atsiradimo pagaliau neišvengta, tatai ir privertė pavartoti kitus gydymo būdus.

Apie pavienius atsitikimus, gydytus privačiai užsistovėjimo hyperemija ir įstojusius į kliniką su žymiais pablogėjimais, čia kalbėti netenka.

Pagaliau, paskutiniais metais ir E u g. K i s c h'as priėjo įsitikrinima. kad: „...Die sogenannte chirurgische Tuberkulose möglichst, a b e r k e i n e s w e g s a u s c h l i s s l i c h, mit konservativen Massnahmen zu bekämpfen ist",[57]).

(B. d)

Dr. J. Madeikis.

Valst. Hygienos Instituto veikimo 1926 m. apyskaita.

(Vedėjas Prof. Dr. Med. A. Jurgeliūnas).

Pasteur'o stotis.

Pasteur'o stotyje buvo įskiepyta 234 žmonės, įkąsti pasiutusių arba įtariamų pasiutime gyvulių.

Skiepijamųjų skaičius mėnesiais buvo šis:

Sausio mėn.	26	asm.	Liepos mėn.	32	„
Vasario mėn.	31	„	Rugpiūčio mėn. ..	20	„
Kovo mėn.	32	„	Rugsėjo mėn.	15	„
Balandžio mėn.	27	„	Spalių mėn.	4	„
Gegužės mėn.	13	„	Lapkričio mėn. ...	13	„
Birželio mėn.	18	„	Gruodžio mėn.....	3	„
			Iš viso	234	asm.

Skiepijamųjų skaičius amžiumi buvo šis:

Nuo 0 iki 10 met.	49	asm.	Nuo 50 iki 60 met.	17	„
„ 12 „ 20 met.	66	„	„ 60 „ 70 met.	5	„
„ 20 „ 30 met.	47	„	„ 70 „ 80 met.	1	„
„ 30 „ 40 met.	25	„	„ 80 „ 90 met.	1	„
„ 40 „ 50 met.	23	„	Iš viso	234	asm.

Gyvenamosios vietos atžvilgiu skiepijamieji skirstosi šitaip:

Iš Kauno apskr. ..	100	asm.	„ Biržų-Pasvalio apskr.	6	„
„ Panevėžio apskr.	35	„	„ Trakų apskr. ...	5	„
„ Šiaulių apskr. ..	24	„	„ Utenos apskr. ..	4	„
„ Tauragės apskr.	10	„	„ Raseinių apskr. .	4	„
„ Telšių apskr. ..	9	„	„ Kretingos apskr.	4	„
„ Vilkmergės apskr.	8	„	„ Mariampolės ap.	4	„
„ Seinų apskr. ..	7	„	„ Mažeikių apskr.	1	„
„ Alytaus apskr. .	6	„	„ Vilkaviškio aps.	1	„
„ Kėdainių apskr. .	6	„			
			Iš viso	234	asm.

Buvo skiepijami po įkandimo:

pirmąją savaitę ...	168	„	ketvirtąją savaitę	4	asm.
antrąją savaitę	55	„	tryliktąją savaitę ..	1	„
trečiąją savaitę	6	„	Iš viso	234	asm.

Gyvuliai, kurie buvo įkandę arba buvo turėję susisiekimo ryšių su gydytais žmonėmis, buvo šie

Šunes	216	ats.	Karvės	2	„
Katės	9	„	Be to, žmogus	4	„
Kiaulės	3	„	Iš viso	234	ats.

Iš visų 234 žmonių 48 gydėsi del to, kad pasiutusių gyvulių seilės buvo patekusios į atviras žaizdeles arba įdrėskimus; įkąstųjų buvo tiktai 186. Padarytų žaizdų ir jų skaičiaus atžvilgiu šitie 186 įkąstieji skirstosi šitokiu būdu:

Įkastųjų į galvą ir veidą	7	asm.
„ „ viršutines galūnes	112	„
„ „ žemutines galūnes	52	„
„ „ viršutines ir žemutines galūnes	10	„
„ „ šlaunį, veidą ir ranką	5	„
Iš viso	186	asm.

Vienkartiniu ikandimų	96
Dauginių įkandimų	90
Iš viso	186

Įkandimų į nuogą kūną	120
Įkandimų per drabužius	66
Iš viso	186

Iš besigydžiusių 234 žmonių 27 paliovė gydęsi del nežinomų priežasčių.

Iš baigusių skiepytis mirė 1 asmuo, būtent Purytė Anastazija, 28 m., Kauno apskr., Rumšiškių val., Baniškių k. Ji buvo įkąsta į abi rankas (daug gilių žaizdų). Pradėjo skiepytis sausio 27 d. — baigė vasario 23 d.

Skiepai prieš lyssą buvo gaminami skiepijant triušius virus'u Pasteur'o būdu.

Buvo atliekami biologiniai tyrinėjimai smegenų gyvulių, įtariamų pasiutime.

Be Pasteur'o stoties, Institute veikė dar šie skyriai:

1. Bakteriologijos - serologijos skyriuje buvo daromi įvairūs bakteriologiniai, serologiniai ir klinikos - cheminiai tyrinėjimai.

Teismo tikslams buvo daroma Uhlenhuth'o reakcija.

2. Wassermann'o reakcijos skyriuje buvo padarytos 2599 Wa. reakcijos įvairioms ligoninėms, ambulatorijoms ir privatiems asmenims iš įvairių Lietuvos vietų.

3. Raupų limfos gaminimo skyriuje įskiepinti 6 teliukai. Pagamintą limfa buvo tiriama bakteriologiniu ir biologiniu būdu. Išduota limfos 55.000 dozių, daugiausia apskr. gydytojams, kai kurioms valst. įstaigoms ir privatiems asmenims. Buvo atliekami skiepymai ateinantiems ir norintiems įsiskiepyti prieš raupus.

Institute darbavosi klinikos cheminių analizių ir bakteriologijos metodėms pažinti: gydytojas Ch. Joffe, gydytoja E. Rabinovičaitė, chemijos daktaras N. Šapiro ir chem. - vaistin. G. Efrosienė.

Padarytų tyrimų lentelė.

Tyrimų objektų pavadinimas	Tyrimų rūšis	Įtariamoji liga	Tyrim. skaič.
Kraujas	Wassermann'o R.	lues	2.599
"	Sachs-Georgi'o R.	"	3
"	Widal'io R.	typhus abdom.	195
"	Weil-Felix'o R.	" exanth.	10
"	morfologinis	anaemia	186
"	bakteriologinis	septicaemia	58
"	mikroskopinis	"	14
Šlapimas	chemin. ir mikrosk.	nephritis, cystitis	2 395
"	bakterioskopinis	gonorrhoea	348
"	bakteriologinis	"	7
"	biologinis	tuberculosis	1
Tepinėlis	bakterioskopinis	gonorrhoea	1.200
Lyties organų opos	"	lues (ulc. dur.)	162
Skrandžio sunka	chemin. ir mikroskop.	gastritis	419
Ekskrementai	mikroskopinis	helminthiasis	422
"	" ir Weber'io R.	"	204
"	bakteriologinis	typhus, dysenteria	21
Skrepliai	bakterioskopinis	tuberculosis	310
Galvos šašai	mikroskopinis	favus, trichophytia	137
Nagai	"	"	15
Tamponas su gerklės plėve	bakterioskopinis ir bakteriologinis	diphtheria	42
Stuburo skystimas	bakteriologinis	meningitis	28
"	citologinis	"	1
"	Nonne R.	"	2
Pūliai	bakteriologinis	tuberculosis	35
"	mikroskopinis	actinomycosis	1
Eksudatai ir punktat.	bakteriologinis	tuberculosis	29
Sperma	mikroskopinis		6
Kraujo dėmės	serologinis	Uhlenhuth'o R.	8
Pienas	bakteriologinis	tuberculosis	5
"	mikroskopinis	"	10
Vanduo	bakteriolog.	—	19
Bulijonas	"	—	1
Raumuo	"	—	4
Lašiniai	"	—	1
Limonadas	"	—	2
Skystimas	"	—	11
Žiurkių nuodai	biologinis	—	1
Mokslo tikslams įvairių tyrimų padaryta			43
Iš viso			8.955

Kai kurių ištyrimų teigiamųjų rezultatų procentas matyti iš pridedamos lentelės.

Tyrimo objektas	Tyrimo rūšis	Iš viso ištirta	Teigiamų rezultatų skaičius	Teigiamų rezultatų procentas
Kraujas	Wa R.	2599	836	32%
„	Widal'o r.	195	67	34%
Uretros sekretas. .	Gonokokams susekti	1200	194	16%
Lyties organų žaizdos	Spir. pallid. susekti	162	110	68%
Skrepliai	Tuberkuliozės bac. susekti	310	95	30%
Plaukai bei nagai .	Trichofitijos gryb. susekti	152	70	46%
Ekskrementai. . .	Helminthiasis susekti	626	456	72,8%

Referatai.

I. VIDAUS LIGOS.

23. Prof. Boas. — **Ueber Colitis membranacea und mucosa.** (Apie colitis membranacea ir colica mucosa). („Ther. d. Gegenwart", 1926, H. 1).

Colitis membranacea pastaruoju metu pasitaiko rečiau (karo įtaka, sumažėjęs vartojimas mėsos, rečiau stebimas obstipatio). Dažniausiai juo serga moterys. Šitoj ligoj vyrauja čia katariški reiškiniai, čia nerviški simptomai (=colitis arba colica). Liga pasitaiko arba viena arba kartu su kitomis, kartais tolimomis (asthma, genitalia). Kartais ji esti susijusi su chroniškuoju apendicitu. Dažnai ją sukelia dirbtiniu būdu — tanino, liapiso ir kitų adstringentia klizmomis. Panašios pasėkos kartais gaunamos vartojant in rectum muilą, gliceriną, boraksą, net maitinamąsias klizmas. Visokie izotoniški tirpiniai gali iš storųjų žarnų kataro padaryti colitis membranacea. Liga turi 3 svarbiausius simptomus: diegliai žarnose su išmetamomis plėvėmis, chroniškas žarnų funkcijos sutrikimas ir nerviniai sutrikimai. Tipingiausias simptomas — esančios išmatose plėvės. Paprastai atkakliai laikosi obstipatio, kurį kartais pakeičia diarrhejos. Ligoniai kenčia nuo neurastenijos, kartais psichastenijos (dažnai esti nozofobija: ligoniai įsivaizduoja, kad jie defekuoja žarnų sieneles). Dažnai esti skausmingos žarnų spazmės; pas nualintas moteris stebima enteroptozė. Anatomiškieji pakitimai lokalizuoti dažniausiai in parte descend. colonis ir sigmoje. Ligonių mitimas žymiai nukenčia.

Gydant dieglius tenka vartoti ramumas, vietinė šilima, narkotikai (pantopon, papaverin, belladonna, dicodid) į odą ar supozitorijomis. Pasirodant plėvėms daromi žarnų plovimai ramunėlių arbata (arba 1 šaukštas kamilozano į 250 vand.). Išplovus plėves ligoniai jaučiasi geriau. Dieta turi apsaugoti nuo obstipatio (ypačiai tinka riebalai). Viduriams reguliuoti duodama paraffinum liquidum purissimum, pradžioj 3 kartus per dieną po 2 valg. šaukštu šiltam piene, paskiau tik 2 kartu, dar vėliau 1 kartą per dieną. Pagaliau parafinas duodamas tik 1—2 kartu savaitėj. Kai parafinas nepadeda (tatai esti retai), duodama pro-

vanso alyvos, žuvies taukų, sviesto majonezo, arba pilama aliejaus ar parafino in rectum. Galima vartoti semen lini, psylli etc., kurie išbrinksta vandenyje ir palengvina defekaciją. Gerai veikia ir normacol'is (iš agar-agaro). Patartina vartoti parafinas su atropinu (2 kartu po 0,5 mgr. lašais ar į odą; 2-oj savaitėj 0,5 mgr. per parą 8—10 dienų). Nuo to palengvėja spazmės ir praeina obstipatio. Gali daug padėti ir psichoterapija, ypač nozofobijos atsitikimais. Liuosuojamosios druskos ir mineraliniai vandens tik padidina spazmes, dieglius ir plėves. *Dr. A. Matulevičius.*

24. U n g e r. — **Ueber die Behandlung stenokardischer und ähnlicher Zustände mid Jodkalziumdiuretin.** (Stenokardijos ir panašių susirgimų gydymas jodcalciumdiuretin'u). („Mediz. Klinik", 1926, Nr. 27).

Koronarinių indų ir aortos spazmiškus susirgimus, ypač angina pectoris, dažniausiai gydo nitritais. Tačiau pastarieji gali sukelti galvosukį, širdies plakimą ir net koliapsą, o didelės jų dozės, ilgiau vartojamos, gali duoti methemoglobinemiją. Kofeinas ir diuretinas veikia nelyginant nitritai, tik mažiau pavojingi. Diuretinas turi blogą skonį, erzina skrandį. K n o l l'is yra siūlęs calciumdiuretin'ą, tirpstantį tik žarnose. Dar geriau veikiąs j o d c a l c i u m d i u r e t i n'as (tabletės po 0,5 calc. - diuretin.+0,1 kali jodati). Autorius išmėgino šituos vaistus daugeliui ligonių Virchow'o ligoninėj Berlyne, ypač turintiems angina pectoris. Būta ir nepasisekimų, vienok daugumoj atvejų priepuoliai pamažu silpnėdavę, pasitaikydavę rečiau ir greitai visiškai išnykdavę. Dar geresnių pasėkų autorius matęs sifiliniais aortos susirgimais net tais atvejais, kai nepadėdavęs specifinis gydymas. Kiek gelbėdavę šitie vaistai ir esant asthma cardiale. Smegenų sklerozėje slėgimas galvoj, galvosukis praeidavę ir ligoniai pradėdavę ramiai miegoti naktimis. Hypertoniškas kraujo slėgimas sumažėdavęs 20—30 mm. Hg. Vaistai duodami po 3 tabl. kas diena, sunkiais atsitikimais po 2 tabl. 3 kartus per dieną. Ligai pagerėjus dozė buvo mažinama. Ligoniai pakeldavę vaistus gerai, imdavę juos su noru. Širdies dekompensacijos atvejais su edemomis autorius vartodavo vaistus supozitorijomis.
Dr. A. Matulevičius.

II. VAIKŲ LIGOS.

11. Dr. E r n s t F a e r b e r u. Dr. R i v a K a p l a n (Berlin). — **Erfahrungen über die Arthigonbehandlung des akuten Gelenkrheumatismus im Kindesalter.** (Prityrimai gydant artigonu aštrųjį sąnarių reumatizmą vaikų amžiuje). („Jahrb. für Kinderheilk." 116 B., H. 1—2).

Salicylo preparatų bejėgiškumas prieš reumatiškus širdies susirgimus ir įvairių autorių geri atsiliepimai apie vakcinų veikimą sąnarių reumatizmui, kai esti širdies susirgimai, paskatino autorius išmėginti B r u n t h a l e r'io pasiūlytą gydymą artigonu. Literatūroj ir anksčiau buvo nurodymų apie kitų vakcinų (streptokokų vakcinos, stafilokokų, koli, tifo ir mišrių vakcinų) gerą veikimą reumatiškiems susirgimams. Artigono pasiūlymą B r u n t h a l e r'is motyvavo tuo, kad reumatiška ir gonoroiška infekcija turinčios panašumo, nes vienodai įeinančios organizman per gleivines ir lokalizuojančiosi sąnariuose ir endokarde, be to, turinčios morfolinį ir kultūrose panašumą. Autoriai statė šiuos reikalavimus: 1) kad vaistai įspėtų reumatizmo recidivus, kurie turi daug įtakos naujiems širdies susirgimams; 2) kad visi rimti uždegimo procesai širdy, ypač tie, kurie duoda chron. vožtuvų ydas, turi būt įspėti. Gydymas buvo daromas Schering'o firmos gonokokų vakcina arthigon. Preparatas 1 ccm. turi 100 mil. bakterijų, injekuojamas intramuskuliariai kas 2—3 d., pradedant nuo 0,5 ccm. iki 2,5 ccm. Injekcijos pakeliamos lengvai, temperatūra iki 39,5° buvo tik 5 kartus iš 120 injekcijų. Bendrai galima pasitenkinti 5—10—15 injekcijų. Kontrindikacijų gydyti artigonu autoriai nesuradę; esant aukštai temperatūrai, siū-

lo laikytis mažų dozių (0,1). Iš viso buvo gydyta 12 vaikų. Gydymo rezultatai šitokie: 1) iš 12 vaikų, kurie buvo gydomi tik artigonų be salicylo preparatų, sekant nuo 1/2 iki 4 metų, nė vienas neturėję sąnarių reumatizmo recidivų; 2) 7 vaikai, kurie buvo priimti klinikon su sveika širdžia, vėliau ištyrus du turėję akcidentuotus (akzidentelle) ūžesius; 3) iš 5 vaikų, kurie buvo atėję jau su širdies susirgimais, vienas turėjo tikrą mitralinę ydą, antras — abejotiną mitralinę ydą, du vaiku turėjo akcidentuotus ūžesius ir 1 paliko su sveika širdžia; 4) nė vienam neįvyko širdies dekompensacijos; 5) gydymas vakcina turi būt pradėtas kuo anksčiausiai.

Yra žinoma, kad, gydant salicylo preparatais ir visai negydant, širdis pasilikdavo sveika. Autoriai pasisako už artigono vartojimą reumatizmui gydyti, nežiūrint, kad tyrinėjimų skaičius buvo mažas. *Dr. V. Tercijonas.*

III. CHIRURGIJA.

17. Dr. Liepmann. — **Ueber die Behandlung des Ulcus cruris varicosum.** („Deut. med. Woch." 1927, Nr. 20).

Autorius siūlo, negyjančioms varikozinėms blauzdos opoms gydyti, šios sudėties skiedinį:

Rp. Calcariae hypochloros. 2,0
Ag. fontanae ad 200,0
Deinde filtra! S. Išoriškai vartoti.

Sušlapinta šitame skiedinyje marlė turi padengti tiktai opą ir kuo mažiausiai liesti odą, kad jos nesuerzintų. Toksai šlapias tvarstis pridengiamas kompresiniu popieriumi ir iš viršaus apvyniojamas spaudžiamuoju vyniokliu, geriausia, gutaperčiniu. Galima vartoti guminė kojinė, kuri, esant išsiplėtusioms blauzdos venoms, paprastai nešiojama. Skiedinio koncentracijos procesas gali būti ir aukštesnis. Geras veikimas aiškinamas lengvu opos erzinimu ir granuliavimo skatinimu.

Autorius sakosi tokiu būdu pagydęs senas opas, kurios po kelerius metus buvo kitokiais būdais be rezultatų gydomos. *Dr. V. Kanauka.*

18. Prof. Läwen. — **Avertin zur Behandlung des Tetanus.** („Zentralbl. f. Chir.", 1927, Nr. 38).

Kadangi antitoksiška tetanuso terapija duoda netikrus rezultatus, tai simptomiška terapija irgi dar nėra nustojusi savo reikšmės, ir kaip tiktai dabar labiau pradedama tobūlinti. Simptomiškai terapijai daugiausia buvo ligi šiol vartojami narkotiškai veikiantieji vaistai bei priemonės, kaip antai: chloralum hydratum, magnesium sulfuricum, pakartotinoji inhaliacinė narkozė, taip pat curarin.

Läwen'as sėkmingai vartojęs simptomiškai tetanuso terapijai naujai pasirodžiusį preparatą avertiną (E — 107). Šitas preparatas yra J. G. Farbenindustrie pagamintas ir pasiūlytas narkozei per rectum. Jisai būk turįs tuos pranašumus prieš inhaliacinę narkozę, kad neerzina kvėpuojamųjų takų ir virškinamojo trakto, jo pagalba gaunamas ramus miegas, be ekscitacijos užmiegant ir atbundant ir jo veikimas tęsiasi keletą valandų, nepalikdamas nesmagaus jausmo.

Ištirpinamas preparatas vandenyj prie 45° temperatūros. Aukštesnė t° neleistina, nes preparatas gali suskilti į savo sudėtines dalis ir erzinti tiesiosios žarnos gleivinę. Dozė imama po 0, 1: klgr. paciento svorio, prireikus šita dozė gali būti padidinama ligi 0,15: klgr. paciento svorio, bet jokiu būdu ne daugiau. Tetanuso ligoje tokios narkozės, reikalui esant, duodamos 2 ir 3 kart per parą. Prie dozės 0,1:1 klgr. svorio pacientas ramiai pradeda miegoti, raumenys atsipalaiduoja, nors skausmui ligonis dar reaguoja. Trismus atsipalaiduoja labai greit ir duoda galimumo ligonį penėti. Narkozei pasibaigus nepasilieka ledakumo, kursai galėtų kliūdyti valgyti. Avertino narkozė buvo duodama pacientui su te-

tanusu per 7 dienas paeiliui po 2 ir daugiau kartų per parą (L ä w e n). Per 13 dienų pacientas gavo 20 avertino klizmų ir pasveiko. Greta buvo duodama ir antitoksiška terapija.

Manoma, kad avertino klizmos gali būti sėkmingai panaudotos ir puerperil. eklampsijai gydyti. *Dr. V. Kanauka.*

IV. AKUŠERIJA IR GINEKOLOGIJA.

18. J. R o s e n b l a t t u. S. K a s s. — **Die Röntgenographie als diagnost. Hilfsmittel in d. Gynaekologie.** (Rentgenografija kaipo pagelbinė ginekologinės diagnostikos priemonė). („Mon. f. Geb. u. Gyn.", 1926, Bd. LXXIV, H. 3—4).

Autoriai aprašo uteri rentgenografijos techniką, išmėgintą 20-čiai ambulatorinių pacijenčių. Jųdviejų vartojamoji metodė pasiūlyta K e n n e d y. Technika šitokia. Ištuštinamos žarnos, šlapimo pūslė. 10 ccm. Braun'o švirkšlė su užmautu guminiu konusu (3 cm. nuo švirkšlės galo), kuris galima judinti ir tuo būdu uždengti orific. uteri ext., švirkščia in uterum jodipin'o (Merk) arba, dar geriau, lipiodol'io (Lafay — prancūzų fabriko), neerzinančio steriliško preparato. Pacijentė guli ginekologiškoj padėtyj ant stalo; jai po apačia pakišta kasetė 18×24 cm. Aseptišku būdu įstato specula, užkabina replėmis gimtuvės kaklelį (pastarasai kartu su vagina prieš tai ištrinami 90% alkoholiu) ir labai pamažu lašais suleidžia kontrastinį skystį (spaudimas 100 mg. Hg.), nesukeldami skausmo. Dar prieš švirkščiant visa turi būti paruošta nuotraukai. Nuotraukos reikalingos 2, tarp jų 5 minučių pertrauka. Bandymai parodę, kad skystis išbėga po 5—7—10 min. Pilvo viduj jisai pasilieka iki 24 val. Visi instrumentai, kurie pakeičia gimtuvės padėtį, nuotrauką darant pašalinami. Straipsnis smulkiai nurodo rentg. aparato ir fotogramos nustatymo būdus. Nereikia švirkšti daugiau kaip 5—10 ccm. Po 1/2 val. ligonė gali apleisti rentg. kabinetą. Sol. natr. brom. (20%) pasirodė nepasiekianti tikslo, todel autorius jo nebevartoja.

Siūlomoji rentgenografijos metodė esanti daug tikslesnė negu pertubacija ir aiškiai atvaizduojanti ginekologinės sferos padėtį.
Dr. T. Goldbergas.

19. N. L o u r o s e t H. S c h y e r (Dresden). — **Ueber eine bisher unbekannte Wirkung der Sekalepraeparate.** (Apie iki šiol nežinotą secale preparatų veikimą). („Z. f. G. u. G., 1927, Nr. 12).

Savo bandymais su baltomis pelėmis autoriai įrodė, kad secale cornutum veikia ne tik sutraukdamas gimtuvės raumenis, bet ir prieš streptokokų infekciją. Gydytojai, duodami secale cornutum sepsiniais susirgimais po aborto ar gimdymo, manydavo, kad uterus susitraukdamas neįsileis infekcijos: tuo tarpu jie nežinojo, kad secale veikdavo ir prieš bakterijas. Autoriai savo tyrimus tęsia toliau. *Dr. T .Goldbergas.*

20. N. H ö l l e (Bielfeld). — **Zur Frage der Eihautretention.** (Kiaušinio plėvių užsilaikymo klausimu). („Zentr. f. G. u. G.," 1927, Nr. 23).

Į klausimą, kas daryti užsilaikius vaisiaus kiaušininėms plėvėms, autorius atsako esą reikalinga veikti instrumentais fiksavus uterus su specula, kai užsilieka iki pusės visų plėvių. Kad išvengtų užsilaikymo, autorius nutaiko virkštelę atsiskiriant placentai tuo būdu, jog išeinančios virkštelės vieta eitų pirma placentos. Tuo pačiu metu kita ranka, lengvai spausdamas pilvą iš viršaus, padeda placentai išeiti (D o h r n - A h l f e l d'o, ne C r é d é's būdas). Aišku, kad jokiu būdu nereikia tempti už virkštelės. Netenka, žinoma, ignoruoti ir tų dviejų metodžių, kurios, gimus placentai, paskatina išeiti likusias plėves: 1) J a k o b s'o būdas

— plėvių suvyturiojimas viena kryptimi ir 2) F r e u n d'o būdas — uteri ištiesimas spaudžiant pirštų galais pilvą iš viršaus.

Dr. T. Goldbergas.

V. AKIŲ LIGOS.

6. S p u l g e r a n s (Ryga). — **Pterygiuma operacija pėc Mc. Reynolds.** („Latvijas Arstu Žurnals", 1927, Nr. 1—2, p. 1—5).

Pterygiumo etiologija dar nėra visiškai išaiškinta. Dauguma oftalmologų pritaria F u c h s'o nuomonei, kad pterygiumas prasideda iš pingvekulos. Pingvekulos ir pterygiumo atsiradimas yra susijęs su mechanišku (vėjas, dulkės ir t. t.) ir termišku akies obuolio jaudinimu. Hystologiškai pterygiumas yra sudėtas iš konjunktivos audinių, ankštai suaugusių su korneos stroma. Ties pterygiumu korneos epitelis ir Bowman'o membrana yra žuvę. Pterygiumo gydymas gali būti tik chirurgiškas. Yra pasiūlyta daugybė operavimo būdų: tai rodo, kad nė vienas jų neduoda patenkinamų rezultatų del įvykstančių racidivų.

Autorius praneša, kad Latvijos universiteto akių klinikoje esąs vartojamas Mc. R e y n o l d s o būdas, kurį prof. R u b e r t s, dar Kijeve bebūdamas, vartodavęs. Operacijos principas. Pterygiumo galvikė atseparuojama nuo ragenos ir, pervėrus siūlu, įsodinama po konjunktiva į tam tyčia padarytą kišenę pagal žemutinį pterygiumo kamieno kraštą. Plataus pterygiumo galvikė perskeliama išilgai pusiau ir viena pusė įsodinama po konjunktiva pagal žemutinį, o kita pagal aukštutinį pterygiumo kraštą. Svarbu esą žiūrėti, kad sklera niekur nepaliktų atlapa. Ragenoje neturį palikti nė trupučio pterygiumo audinio. Galvikę atseparavus opos paviršius reikia plokščiai prideginti galvanokauteriu. Šituo būdu klinikoje buvę operuoti 23 pterygiumo atsitikimai ir nė karto nebuvę recidivo.

Prof. P. Avižonis.

7. M. P r o k s c h (Wien). — **Beitrag zum Glaukomgesichtsfeld.** („Zeitschr. f. Aug." 1927, Bd. 61, H. 6. p. 344—347).

Ūminėje glaukomoje po sunkaus priepuolio mažėjąs centrinis matymas, o matomasis laukas paliekąs normalus. Priepuoliams kartojantis arba užsitęsus, galįs sumažėti ir matomasis laukas, bet tada ir centrinis matymas bus sumenkėjęs arba visai žuvęs. Taip pat atsitinką ir sekundarinėje glaukomoje. Bet chroninėje glaukomoje matomojo lauko stambių sutrikimų (sektoriškas nazalio lauko defektas, vamzdiškas laukas) atsitinką ir esant dar geram centriniam matymui. Pirmieji matomojo lauko defektai glaukomoje dažniausiai atsirandą aukštai nazaliai. Tai pareiną nuo ekskavacijos, kuri pirmiausia pasireiškianti prie žemutinio temporalio papillos krašto. To krašto linkmėje ir fiziologiškoji ekskavacija siekianti toliausiai. Be to, conus inferior paprastai atsitinkąs dažniau negu superior ir conus temporalis siekias į apačią toliau negu ir viršų. Todel autorius pataria, įtariant glaukomą, ieškoti matomojo lauko defekto aukštai nazaliai.

Prof. P. Avižonis.

VI. NERVŲ IR PSICH. LIGOS.

4. F o r d and S c h a f f e r. — **The etiology of infantile acquired hemiplegia.** (Vaikų įgytos hemiplegijos etiologija). („Archives of Neur. and Psychiatry", September, 1927, vol. 18).

Vaikų hemiplegija nėra dažnas susirgimas. Vaikų ligoninėje Baltimore, tarp 50000 su viršum ligų istorijų autoriai surado apie 70 hemiplegijų. Ekskliudavę iš čia paralyžius, kurių priežastis buvo širdies liga (embolija), prigimtas smagenų defektas, gimdymo sužalojimai, traumos, smagenų naujikai, meningitas ir abscesai, jie paėmė savo tyrimui tik 43 atsitikimus,

prigulinčius prie vienodo maždaug kliniško vieneto. Jų pagrinde būta: tos arba kitos aštrios infekcijos — 16 ats.; lokalinės infekcijos (otitis media etc.) — 7; sifilio — 1 ats.; kas del likusių 19 ats., tai čia vaikai, prieš paralyžiui pasirodant, jų tėvų buvo laikomi sveikais. Vadinasi, vaikų hemiplegija pareina nuo labai skirtingų veiksnių. Paprastai ūminė vaikų hemiplegija įvyksta jaunesniame, kaip 6 metai, amžiuje, arba taisantis vaikui nuo kurios nors infekcinės ligos arba net be jokio aiškaus antecedento. Pradžia yra lydima karščio ir vietinių arba bendrų konvulsijų, yra taip pat klejojimas arba stuporas. Jau kelioms valandoms arba dienai praėjus pasirodo paralyžius, beveik visuomet hemiplegijos formos. Po keletos dienų vaikas greitai ima taisytis, vienok hemiplegija paprastai lieka pastovi. Rečiau vaikas miršta, dažniausiai nuo komplikuojančios pneumonijos. Paliestų galūnių augimas atsilieka ir čia gali pasirodyti įvairių nevalingų judesių (atetozė). Proto vystymasis labiau arba mažiau kenčia. Beveik pusėje atsitikimų atsiranda epilepsija.

Remdamiesi plačiais literatūros daviniais ir savo medžiaga, autoriai prieina išvadą, kad hemiplegijų atvejais po ūminių infekcinių ligų (pertussis, difterija, skarlatina, tymai, raupai, tyfas, dizenterija, Sydenham'o chorea, influenca) hemiplegija įvykstanti del vaskularinių pakenkimų, sukeltų arba pačių bakterijų arba jų toksinų. Šitie pakenkimai susideda iš atsiradimo intimoje riebalinių plaques'ų, kurie išsiduoda į indo spindį, ir destruktyvių pakitimų medijoje, kurie susilpnina arterijos sienelę, del ko ji gali lengvai plyšti, ir tuo būdu įvyksta hemoragija. Antrasis galimas veiksnys, tai kraujo krešėjimo (koagulacijos) pakitimas, kas sudaro palinkimą į trombus. Tenka taip pat stebėti perivaskularinės infiltracijos. Vienais atvejais randamas vienintelis vaskularinio pakenkimo židinys, kitais jų esti daug. Pakenkimai įvairiose infekcijose, matyti, neturi specifiško kiekvienai infekcijai pobūdžio; patsai patologiškas procesas paprastai yra vadinamas „encephalitis haemorrhagica".

Kas del hemiplegijų, kurios įvyksta regimai sveikiems vaikams, tai čia jų pagrinde glūdi įvairiausi procesai. Tiktai keliais negausingais atvejais buvo konstatuoti vaskulariniai pakenkimai, kas galėjo įvykti dėliai kraujo sistemos invazijos pyogeniniais organizmais iš kokių nors latentinių infekcijos židinių. Smageninė Heine - Medin'o ligos (poliomyelitis ant. ac.) forma yra labai retas dalykas; jos pasėkoje būna palyginti lengva hemiplegija; be to, čia neapsieina be spinalinės pilkos medžiagos pakenkimo reiškinių. Ten, kur, kaipo hemiplegijos priežastis, buvo įtariamas encephalitis epid., ikišiol dar sekcijoje nebuvo rasta charakteringų epidemiškam encefalitui pakenkimų. Keliais atvejais davusi hemiplegiją hemoragija, matyti, įvyko del kaž kokių prigimtų smagenų arterijų defektų (hemangioma). Galūtinų išvadų kas del įvykstančių regimai sveikiems vaikams hemiplegijų autoriai kol kas atsisako padaryti.

Doc. J. Blažys.

VII. BIOLOGIJA.

4. Проф. А. В. Палладина. — СЕЛЕЗЕНКА И ОБМЕН ВЕЩЕСТВ. I. ВЛИЯНИЕ СПЛЕНОКТОМИИ НА ВЫДЕЛЕНИЕ АЗОТА И КРЕАТИНИНА. („Врач Дело" 1924, Nr. 16—17).

Padažnėjus splenektomijos atsitikimams, gydytojui labai svarbu žinoti, kokius pakitimus ligonio medžiagos apykaitoje padaro šita operacija. Šituo tikslu autoriai yra padarę visą eilę bandymų su triušiais.

Šitie bandymai parodo, kad įtakos baltymų apykaitai atžvilgiu, blužnies nebuvimas negali būti kompensuotas kitų organų, nes ir po 10-12 savaičių azoto (ypačiai kreatinino) apykaita būna sutrikusi. Kraujuje būna padidėjęs liekamojo azoto turinys, ir šitame padidėjime nedalyvauja nei

urea, nei amino rūkštys, nei ammonis. Padaryti bandymai leidžia manyti, kad šitas padidėjimas pareina, nors ir iš dalies, nuo kreatinino.

Dr. I. Skliutauskas.

VIII. ODONTOLOGIJA.

5. R. Veiser (Viena). — **Drenažas dantų esant pulpai komplikuotai gangrena.** (1927, Nr. 2, H. 3).

Kai kuriais atsitikimais, susirgus danties pulpai gangrena, kur negalima pritaikinti radikalaus gydymo, praktikuojamas danties drenažas šiuo būdu; gydomojo danties bukalinėj pusėj, radikaliai kanalą išvalius, išgręžiamas apvalus tuštymas 1½—2 mm. diametro, stačiomis sienelėmis, ir plombuojamas amalgama. Per danties vainiko tuštymą įdedama vatelė su kreozotu į kanalus ir tokia pat vatele išklojamas tuštymo dugnas, išvedant jos galus aukštyn, paliai danties tuštymo sienelę. Visas gi tuštymas plombuojamas guttapercha, taip kad galai vatos kyšotų aukščiau guttaperchos.

Antrajame seanse išimama guttapercha ir vata ir iš bukalinės pusės amalgamos plombos centre išgręžiama mažu boru drenažo skylutė iki pulpos tuštymo. Į danties šaknų kanalus įdedamas Kohvald'as su 3% tymol - alkoholiu (Kohlvald'as — apdeginta vada), o į drenažo skylutę — zondas, tokiu būdu, kad pastarasis atsiremtų į priešingą pulpos tuštymo sienelę. Paskui, neišimant zondo, išklojamas tuštymo dugnas tuo pačiu tymol-alkoholiu su Kohlvald'u ir ant jo dedamas eugenol-cementas, taip, kad jis visiškai uždengtų zondo galą. Kai eugenol-cementas sukietėja, visas tuštymas plombuojamas amalgama, o zondas išimamas.

Autoriaus nuomone, šitas būdas gali būti sėkmingai taikomas pieninių dantų gangrenai gydyti. Taip pat šitas būdas gali būti vartojamas ir ten, kur radikalaus gydymo pulpos gangrenos negalima pritaikinti, o danties pašalinimas del tam tikrų priežasčių yra nepageidaujamas (baimė, haemofilia ir t. t.). *Dantų gyd. J. Strimavičiūtė-Žemaitienė.*

6. Dr. F. Manasse (Berlynas). — **Apie „Contraseusol'į", naują dentinanestetikumą.** („Zahnärtzliche Rundschau" 1926, Nr. 49).

Prieš kurį laiką „Zahnärtzliche Rundschau" 1925 m. 34 num. buvo pasirodęs D-ro Linde's straipsnis, kuriame buvo pranešta apie dentin - anestetikumą, išleistą firmos Sanoza, G. m. b. H. Berlyne. Šitasai anestetikumas — vienas daugelio bromoformo preparatų ir prekyboje žinomas „contraseusol'io" vardu. Šitą straipsnį anuo metu dar palydėjo trumpa diskusija del to, kas pirmutinis yra pasiūlęs vartoti dantų gydymo reikalui bromoformą; tą pirmenybę savinosi Finkelštein'as ir ginčijo jąją turįs „contraseusol'io" gamintojas.

Paskatintas D-ro Linde's pranešimo, autorius ryžosi išmėginti siūlomą preparatą. Savo bandymus pradėjo praeitų metų rugsėjo mėn. ir tęsė ¾ metų. Per šitą laiką būta gausių progų patikrinti „contraseusol'io" veikimas. Patį tą darbą atlikdavęs šiuo būdu. Kiek galėdamas plačiau ekskavuodavęs gydomą tuštymą. Pasiekęs pulpą, itin rūpinosi tuštymą pusterio pagalba nusausinti ir t. t. Gerai nusausintan tuštyman įdėdavęs vatos rutulėlį, contraseusol'io prisisunkusį, ir skystį tame tuštyme išgarindavęs. Šitą garavimo procesą, nuo kurio pareina anestezuojamasis veikimas, palaikydavęs įpučiamo oro srove. Dauguma atvejų po kelių minučių jautrumas jau sumažėdavęs iki pakenčiamo laipsnio, ir dabar jau galima buvę pašalinti užsilikusios kariozinės masės, kad vėliau, žiūrint reikalo, eitų prie pulpos devitalizacijos ar plombavimo.

Kai kuriais atvejais, kai tikslo nepasiekdavęs per 10—12 minučių, geru sėkmių susilaukdavęs įdėjęs visai parai. Šitam laikui išėjus, veikimas tikrai pasireikšdavęs, o beskausmingumas prilygdavęs kuone absoliutų nejautrumą. Po to nekliudomas, galėdavęs preparuoti net prikaklinius

tuštymus pačiu jautriausių pacientų. Atskirų klinikos patyrimų nepatiekiu vien del vietos stokos.

Reikia pažymėti dar vienas svarbus faktas, kuris, be abejojimo, iškelia „contraseusol'į" aukščiau kitų tos rūšies preparatų: absoliutus jo nežalingumas pulpai. Jis tiksliai stebėjęs 300 atvejų ir niekumet nebuvusi suerzinta pulpa. Pirmiau puikiu dentin - anestetikumu jis laikydavęs erytrophein'ą, vad. Afrikos vilyčių nuodus, caesalpinaceae šeimos alkoloidą; bet jisai tekdavę vartoti nepaprastai atsargiai, nes dažnai būdavusi sužalojama pulpa, o vartojant contraseusol'į, dėka sąmojingos jo sudėties, to pavojaus nė kiek nėsą.

Del visa to galima tvirtinti, kad contraseusol'yje turimas labai rimtas preparatas, gal vienintėlis tos rūšies, kuris tikrai pakankamai tenkina reikalavimus, patiekiamus geram dentin - anestetikumui.

Dantų gyd. E. Petraškevičiūtė-Pšigodskienė.

Klinikos ir praktikos patyrimai.

× **Galvos skausmo gydymas.** I. Etiologinis gydymas (tumores cerebri, meningitis, hydrocephalus, lues, oedema cerebri, commotio cerebri, nuvargimas, anaemia, podagra, endokrininiai sutrikimai, ypačiai spazmofilinio pobūdžio, nutukimas, intoksikacijos, reflektoriškieji skausmai). II. Bendrosios gydymo priemonės. A) Galvos raumenų masažas lengvai vibruojant pirštais (švediškas). Stipresni raumens galima masažuoti patrinant. Ūmiais skausmo priepuoliais masažas kontraindikuojamas. B) Greitai virpančios srovės. Vieną elektrodą gydytojas pasiima rankon, o kitu elektrizuoja galvos, smilkinių ir pakaušio odą. C) Aukšta temperatūra — sausas karštis (elektr. šildytuvas, maišas su karštu smėliu). Ūmiais atvejais karštis vartojamas ištisą dieną, chroniškais — kasdien rytą ir vakare po ½—¾ val. Karštis tinka silpniems, bijantiems šalčio subjektams; piknikai jo dažnai nepakelia. Jisai kontraindikuotas hypertonikams. Angiospastikams galima vartoti karštos vonios rankoms. D) Medikamentai: piramidonas, fenacetinas, chininas, luminalis, kofeinas ir įvairūs jo preparatai, kombinacijos (gelonida antineuralgica, quadronal, eumed, Cachets Dolomo ir k.). Vartojamos injekcijos į veną tachalgan'o. Chroniškais atvejais leidžiamas venon valgomosios druskos tirpinys. E) Gydymas galvos skausmų endokrininio pobūdžio. Lytinių liaukų gryni preparatai (rejuvenum ovtotale ir testotale) 3 kartus dienoj po 3—5 tabl. už 10 min. prieš valgį, arba kartu su luminaliu ir kofeinu (orgaspasmon masc. ir fem.). Angiospastiškai konstitucijai: kofeinas su luminaliu ir parathyreoidinės liaukos preparatai (paratotal 3×2 tabl.), su kuriais galima duoti kartu ir lytinių liaukų preparatai. F) Podagroje: dieta ir atophan'as. G) Mažakraujystėj: ramumas, tyras oras ir geležies bei arseno preparatai. H) Be kito gydymo, reikia pašalinti nepaprastas nervų sistemos jautrumas (psichoterapija, poilsis, gyvenimas sanatorijoj, kalnai, geras maistas, lengvi sedativa). (Prof. Peritz, „Med. Klinik", 1927, Nr. 31).

× **Eatan'as vaikų anoreksijai gydyti.** Eatan'as = gyvulių baltymo įvairių hydrolizatų mišinys. Jo veikimas išaiškinti nėra lengva. Iš vienos pusės, skilę baltymo kūnai labai lengvai rezorbuojami. Antra vertus, sudėtinės preparato dalys veikia nelyginant proteininė substancija. Duodant eatan'o suaugusiems konstatuotas svorio augimas chroniškose ligose ir bendras stiprinąs veikimas. Bickel'is yra parodęs, kad gyvuliams nuo eatan'o padidėja sekrecija. Autorius išmėgino eatan'ą vai-

kams ir pastebėjo štai kuriuos preparato nuopelnus: 1) jis padidina apetitą ir 2) yra labai maistingas neapkraudamas virškinamųjų organų. Reikia tik individualizuoti kiekvienu atveju preparato dozė. Patartina pradėti nuo 1/2 arb. š. kas diena arba net pradieniui, pridedant preparatą į daržovių maistą. Jei dozė per didelė, jautrūs vaikai jaučia troškulį (daug geria). Autorius pataria skirti a e t a n'ą ypač jaunesniojo amžiaus vaikams ir pradėjusiems lankyti mokyklą vaikams, kurie nuo naujų įspūdžių dažnai gauna anoreksiją. (Priv. — Doz. Dr. W. G o t t s t e i n. „Münch. med, Woch,", 1927, Nr, 33).

× **Parenterališkas gydymas alkoholiu.** T e c h n i k a: į raumenis švirkščiamas praskiestas destiliuotu vandeniu iki 0,5—1,0 ccm. a b s o l i u t i n i s a l k o h o l i s. D o z a v i m a s: pradinė dozė 0,1 ccm. alcoh. absol. suaugusiems ir 0,02—0,05 kūdikiams ir vyresniems vaikams. Švirkštimai kartojami ne anksčiau kaip po 4 dienų (esant karbunkului pradžioje švirkščiama kas antra diena). Dozė keliama tik reikalui esant. Tik retkarčiais tenka švirkšti daugiau kaip 0,2—0,3 ccm. I n d i k a c i j o s: furunkulai, karbunkulai, prakaito liaukų įdegimai, mazguota acne forma ir rosacea c. acne; aprėžtieji flegmoniniai idegimai, limfangitai, limfinių liaukų įdegimai, tonzilų abscesas, mastitis, hordeolum, trichophytia profunda, infiltratai po salvarsano injekcijų ir kiti procesai. K o n t r a i n d i k a c i j o s: epididymitas ir gonorrhoinis arthritas, kurie dažnai duoda fokuso reakciją. P a s ė k o s: greitai nutyla skausmai, pagreitėja susipūliavimas arba proceso regresija. Injekcijos neskaudžios ir neduoda vietinės reakcijos. (S p i e t h o f f, „Münch. med. Woch.", 1927, Nr. 27).

× **Kuomet atvirose žaizdose reikia profilaktiškai vartoti serum antitetanicum?** Iš esamos literatūros ir savų patyrimų autorius patiekia štai kokias taisykles: 1. Dažnai pasitaikant žemėse tetanuso baciloms, apsikrėsti tetanusu galima iš kiekvienos žaizdos, tiesioginiu ar netiesioginiu keliu suterštos žemėmis arba gatvės purvu. 2. Profilaktiškas antitetaninio serumo švirkštimas kuo ne tikriausiai apsaugoja nuo tetanuso. 3. Gydytojas, nepadaręs profilaktiško skiepymo, gali būti traukiamas tieson minimum už nesąžiningą pareigų atlikimą. 4. Kiekvienas gydytojas, vien jo asmens intercsais vaduodamasis, turi padaryti apsaugomąjį skiepymą, matydamas nors kiek įtartiną žaizdą, ir tinkamai gydyti ją vietoje (išpjaunant). 5. Kiekvienas praktikuojąs gydytojas turi visuomet turėti pas save minimum dvi ampulas serumo, po 20 I. E. kiekviena. (A. K r e c k e, „Münch. med. Woch.", Nr. 32).

× **Nauji vaistai psoriasis gydyti.** Preparatas — p s o r i g a l l o l u m s p i s s u m, susidedąs iš chryzarobino, pyrogallolio ir litentrolio. T e c h n i k a: tepalas du kartu dienoje įtrinamas į psoriasis židinius. Juodos baltinių dėmės išsiskalbia virinant sodo tirpinyje. R e z u l t a t a i: po kelių dienų žymiai sumažėdavę lupimasis ir infiltracijos ir po 6—8 savaičių ligoniai išsirašydavę pasveikę. Ambulatoriškai gydyti psoriasis autorius pataria ungt. carbonis hippocastani. (H e r x h e i m e r, „M. m. W.", 1927, Nr. 16).

× **Myosalvarsan — naujas švirkščiamas į raumenis ir į odą preparatas.** Frankfurto chemijos - terapijos instituto profesoriui W. K o l l e su mokiniais, pagaliau, pavyko išrasti tolygus salvarsanui preparatas, duodąs tokį pat terapišką efektą ir be jokių skausmų bei vietinių įdegimų, švirkščiamas į odą ar į raumenis. Tatai yra formaldehyd - sulfit - salvarsanas, chemiškai labai artimas salvarsanui. Pavadintas jisai m y o s a l v a r s a n'u. Jį gamina, kondensuodami formaldehyd - bisulfitą su salvarsanu; nuo salvarsano jisai skiriasi sulfito grupe vieton salvarsane esamos sulfoksilo grupės. Preparatas jau patikrintas plačioje medžiagoje H e r x h e i m e r'io klinikoj ir davęs teigiamų pasėkų. Vienam kursui reikia 8—12 injekcijų po 0,3—0,45 ir iki 0,6 su 3—6 dienų protarpiais. I n d i k a c i j o s.

Myosalvarsan'as tinka vartoti ligoniams, kuriems nėra galima daryti injekcijų į venas: nutukusiems, mažiems vaikams, jautriems pacientams, kurie nuo veninių injekcijų vemia, karščiuoja, gauna galvos skausmus, taipogi sergantiems indų, ypač aortos, sifiliu. (Prof. Kolle, „D. med. Woch.", 1927, Nr. 12).

× **Gydymas aortos sifilio.** Duodamas natrium jodatum pradedant nuo 0,1—0,5 ir pamažu pakeliant iki 2,0—3,0 pro die ilgą laiką su pertraukomis. Kartu daromos ir bismuto arba gyvsidabrio injekcijos. Po 4—5 Hg. arba Bi injekcijų švirkščia neosalvarsaną pradėdami nuo 0,075: bendra dozė 2,5—3,0. Esant kompensacijos sutrikimams geriau neosalvarsano nevartoti ir pasitenkinti tik nedidelėmis dozėmis jodo ir Hg. Angina pectoris nėsanti absoliutinė spec. terapijos kontraindikacija, tik verčia elgtis labai atsargiai. Be vaistų, reikalinga dar priprastas dietinis gydymas. Pirmais metais padaromu du tokiu kursu, 2-ais ir 3-čiais metais — po vieną. Juo jaunesnis ligonis, juo blogesnė prognozė. (Schlesinger, „Ther. d. Geg.", 1927, Nr. 4).

L. Un-to nervų ir psich. klinika.

Nervų ligonių tyrimo schema*).

A. Anamnesis.

1. Ligonio tėvai, broliai, seserys; tėvo ir motinos broliai, seserys.

2. Ligonio socialis padėjimas ir užsiėmimas; jei vedęs, tai žmonos sveikata; ar turi vaikų? ar nebuvo ankstybų gimdymų? vaikų sveikata; įpročiai (rūkymas, alkoholizmas ir kt.).

3. Ligonio biografija (susirgimai ir visokie gyvenimo įvykiai, kurie galėjo turėti įtakos sveikatai) nuo pat mažens iki dabartinio susirgimo; ypatingai kreipti dėmesys į venerines ligas.

4. Dabartinis susirgimas, jo atsiradimas ir eiga iki atvykimo klinikon; apkitimai ligos eigoje jau esant klinikoje.

B. St. praesens.

Subjectivus:

Paties ligonio pareikšti skundai; papildyti klausimais: ar nėra sąmonės sutrikimų? galvos svaigimų? galvos skaudėjimų? miego sutrikimų? mąstymo, atminties sutrikimų? matymas? girdėjimas? ūžimas ausyse? uoslė, skonis? apetitas, vidurių veikimas? šlapinimasis? gimčių organų funkcija? mėnesinės? kosulys? širdies plakimas ar kokie kiti šitoj srityje trūkumai?

---

*) Šita schema paruošta, naudojantis ypač Strümpell'io „Leitfaden für die Untersuchung und Diagnostik der wichtigsten Nervenkrankheiten" (Leipzig, 1924). Jai sustatyti daug prisidėta velionies d-ro J. Brundzos, kuris, vesdamas praktikos darbus su studentais (ligonių tyrimo metodika), ją vis patobūlindavo, vaduodamasis prityrimo padiktuotais nurodymais; čia d-ro Brundzos labai prisidėta ir gražiu medicininės terminologijos žinojimu.

Norime manyti, kad atspausdinta „Medicinoje" šita schema patarnaus ir platesnei medikų visuomenei.

Objectivus:

Bendras ligonio vaizdas; jo laikymasis; jei tik guli — ar nėra kokios priverstinos pozicijos. Veido išraiška, mimika. Eisena. Rombergo simptomas. (Ligonį visai nurengus), ūgis sudėjimas, kaulų ir raumenų išsiplėtojimas; subrendimas; mitimas, odos ir matomųjų gleivinių plėkšnelių spalva? išbėrimai, randai, pigmentacijos ir kitos bendro pobūdžio ypatybės.

Galva (kiaušo forma, smageninės ir veido dalies proporcija, veido asimetrija, galvos apskritimas, ausų kaušeliai, kakta, akys, nosis, burna). Kaklas. Krūtinės ląsta. Plaučiai. Širdies ir kraujo indai. Pilvas ir jo tuštymo organai. Gimčių organai. Stuburas.

Galūnės. Rankos: matomi trūkumai; išmatavimas — petys per vidurį, dilbis viršuje ir apačioje, plaštakos apskritimas. Diskinezijos (drebėjimai, atetoziniai, choreiniai judėjimai etc.). Aktyvūs judėjimai (peties, alkūnės, plaštakos ir pirštų sąnariuose); koordinacija. Pasyvūs judėjimai; raumenų tonus; raumenų jėga (pasipriešinimu pasyviems judėjimams ir dynamometru).

Kojos: matomi trūkumai; išmatavimas — šlaunis 13—15 ccm. aukščiau viršutinio girnelės krašto, blauzda storiausioje vietoje ir apačioje. Diskinezijos. Aktyvūs judėjimai — pakėlimas ištiestos kojos aukštyn, kojos pritraukimas ir atitraukimas, surietimas — ištiesimas per kelį, pėdos ir pirštų judėjimai; koordinacija. Pasyvūs judėjimai, raumenų tonus; raumenų jėga (pasipriešinimu pasyviems judėjimams).

C. N. S.

Galvos nervai:

I. N. olfactorius (klausiama: ar suuodžia? kuo kvepia? ar kvapas malonus ar ne?).

II. N. opticus — matomasis laukas, centrinė skotoma, oftalmoskopiškas tyrimas.

III, IV ir VI. (N. oculomotorius, trochlearis ir abducens tiriami kartu) — viršutinis vokas; akies obuolio judėjimai koordinuoti, nekoordinuoti; deviation conjuguée; nystagmus. Lėliukės: jų plotis, lygi ar nelygi dešinėji kairiajai, forma; reakcija šviesai (tiesioginė ir konsensualinė) ir akomodacijai su konvergencija (kaip reaguoja šviesai — staigiai ar lėtai, plačiai ar siaurai).

V. N. trigeminus — kramtymas (mm. masseteri, temporales, pterygoidei), skonis pryšakiniuose $^2/_3$ liežuvio, ašarų, seilių sekrecija, trofiniai sutrikimai (herpes); konjunktivos ir raginės refleksai; refleksai - ar ⊖ (minus), d = k (dešinysis = kairiajam), d > k, k > d (dešinysis ar kairysis didesnis), d +, k ⊖ (dešinysis yra, kairiojo nėra). (Jaučiamoji trigemini funkcija — žrk. rubrikoje „Jaučiamoji sfera").

VII. N. facialis — jo įnervuojamų raumenų funkcija (burnos kampo patraukimas, švilpimas, nosies suraukimas, akies užmerkimas, kaktos suraukimas); gali būti ašarų, seilių sekrecijos

ir skonio pryšakiniuose $^{2}/_{3}$ liežuvio sutrikimas (n. petrosus superfic. major — chorda tympani).

VIII. N. n. cochlearis et vestibularis.

a) cochlearis — Rinne ir Weber'io mėginimai.

b) vestibularis — kalorinis nystagmus.

IX. N. glossopharyngeus — skonio jutimas užpakaliniame liežuvio $^{1}/_{3}$ ir gomuryje; ryklės ir gomurio refleksas.

X. N. vagus — minkštasis gomurys, ryklė, gerklos (recurrens - laryngoskopiškas tyrimas).

XI. N. accessorius — m-li sternocleidomastoidei ir trapezius funkcija.

XII. N. hypoglosus — liežuvio pozicija ir judėjimai, kalbos sutrikimai.

Refleksai:

Biceps +, padidėjęs, susilpnėjęs; d=k; d>ar<k, d » k; Θ; d=k; d Θ, k+.

Triceps — id.

Radius — periosto — id.

Patellaris — id; girnelės klonus d=k; d+, k Θ; d>k etc.

Achilo — id; pėdos klonus, kaip girnelės.

Babinskio ir eventualiai Oppenheimo (patolog. pado refl.) +, Θ, d=k, d>k etc.

Cremaster'io — id.

Pilvo — tirti visuose trijuose segmentuose.

Dermografizmas.

Jaučiamoji sfera.

Palietimo jautrumas.

Skausmo ir temperatūros jautrumas.

Gilus jautrumas (padėties, judesių, vibracijos jausmas; stereoanaesthesia).

Nervų ir raumenų tyrimas elektros srove, faradine ir galvanine.

I) 1. Nervų reagavimas faradinei srovei gali būti: + (sumažėjęs, nesumažėjęs) arba Θ.

2. Raumenų reagavimas faradinei srovei: + (sumažėjęs, nesumažėjęs) arba Θ.

II) 1. Nervų reagavimas galvaninei srovei gali būti: norma (K Į S > A Į S, t. y. katodo įjungimo susitraukimas didesnis, kaip anodo įjungimo susitraukimas; patys susitraukimai staigūs); išsigimimo reakcija — nervas visai nereaguoja; nepilna išsigimimo reakcija (K Į S = A Į S; susitraukimai vangūs).

2. Raumenų reagavimas galvaninei srovei: norma (K Į S > A Į S, susitraukimai staigūs); išsigimimo reakcija (K Į S < A Į S, susitraukimai vangūs); nepilna išsigimimo reakcija (K Į S = arba truputį < A Į S)

Liumbalinė punkcija:

Spaudimas (pakilęs, nepakilęs).
Liquor (skaidrus, drumstas, spalva).
Pandy opalescencija +, ++, +++, ++++, Θ.
Nonne-Appelt — id.
Ląstelių kiekis ir pobūdis (limfocitai, polinuklearai ir kurie prevaliuoja, eritrocitai).

Kronika.

NEKROLOGAI.

× **Lietuvoje mirė** L. Univ-to Medicinos Fak-to hig. ir bakter. katedros vyr. asist. chemikas St. Ginalskis.

× **Užsieniuose mirė:** 1) Drezdene garsus rusų bakteriologas ir hygienistas akad. L. A. Tarasevič'ius; 2) Hamburge žinomas hygienistas prof. Noll'is, 69 m. amž.; 3) Miunchene žinomas ginekologas prof. Hofmeier'is; 4) Breslaue garsusis farmakologas prof. Filehne, išradęs antipiriną ir piramidoną; 5) garsusis anglų fiziologas Ernestas Henry Starling'as, 61 m. amž.; jo darbai liečia širdies fiziologiją; be to, jisai susekė plonųjų žarnų gleivinės sekretiną ir šito fermento įtaką kasos sekrecijai; 6) Naujorke žydų ligoninės (Mont - Sinai Hospital) vaikų skyriaus gydytojas Koplik'as, susekęs jo vardu pavadintas tymų dėmeles burnos gleivinėje; 7) Berlyne gilioj senatvėj dr. Franziska Tiburtius, viena pirmųjų Vokietijos moterų - gydytojų, kuri ilgai ir energingai kovojo už moterų teises būti gydytoju. Įdomu paminėti, kad prieš ją varė akciją spaudoj ir gydytojų draugijose net toks pagarsėjęs laisvės šalininkas kaip prof. R. Virchow'as.

AUKŠTASAI MEDICINOS MOKSLAS.

× **Veneros ir odos ligų klinikos reikalai.** Medicinos Fakultetui nepavyko susitarti su Karo Sanitarijos Inspekcija del odos ir veneros ligų klinikos patalpinimo Karo Ligoninėje. Fakulteto Taryba nutarė prašyti Sveikatos Departamentą duoti patalpą odos ir veneros ligų klinikai Valstybinėj Kauno Ligoninėj.

× **Medicinos Fakultetas ir Lietuvos Gydytojų Suvažiavimas.** L. G. Suv-mo Vykdomojo Komiteto paklausta del projektuojamojo Gydytojų Suvažiavimo termino, Medic. Fakulteto Taryba pasisakė, kad š. m. spalių mėn. šaukti Suvažiavimas būtų per anksti. Į L. G. Suv-mo Vykdomąjį Komitetą Fakulteto Taryba išrinko du atstovu: prof. Avižonį ir prof. Bagdoną.

× **Stipendijos ruoštis profesūrai.** Rokfellerio Fundacijos valdyba į Med. Fakulteto prašymą suteikti stipendijas vykti specializuotis užsienin dr. Oželiui ir dr. S. Žilinskui atsakė neigiamai. Med. Fakulteto Taryba nutarė paskirti minėtiems kandidatams valstybines (Švietimo Ministerijos) stipendijas, jei pastarosios tektų Fakultetui.

× **Auka farmakologijos katedrai.** Buvusiam Rokfellerio Fundacijos stipendiatui vyr. farmakologijos katedros asistentui Šiauliui pavyko išgauti iš Rokfellerio Fundacijos 1.000 dolerių pašalpos farmakologijos katedrai aparatūrai įsigyti.

× **Studijų reikalai.** Medic. Fak. medicinos, veterinarijos ir odontologijos skyriuose botanikos paskaitų vietoj buvusių 5 val. viename semestre įvedama po 2 val. savaitėj abiejuose pirmuose semestruose.

Veterinarijos skyriuje arklių kaustymas pavestas teoriškai dėstyti asist. vet. gyd. Žemaičiui, o praktiškieji darbai vesti — doc. vet. gyd. Bulotai.

× **Valstybinių gydytojams egzaminų reikalu.** P. Švietimo Ministerio įsakymu, Medicinos, veterinarijos, farmacijos ir odontologijos valstybinių egzaminų Komisijos Pirmininku šiai 1927 metų sesijai yra paskirtas prof. Karuža Jurgis, kuris priiminės Komisijos reikalais Švietimo Ministerijoje pirmadieniais, trečiadieniais ir ketvirtadieniais nuo 16 iki 17 v.

Egzaminai tęsis nuo spalių mėn. 10 d. iki gruodžio mėn. 24 d.

Norį egzaminuotis turi iki spalių m. 5 d. paduoti Komisijos Pirmininkui prašymą, apmokėtą 4 lt. žyminio mokesnio.

Prie prašymo pridedama:

1. Aukštosios mokyklos pažymėjimas (originalas) apie išeitą mokslą ir to pažymėjimo notaro patvirtintas nuorašas.

Pastaba: Egzaminams pasibaigus originalas grąžinamas atgal.

2. Pažymėjimas apie patenkinamai išlaikytus puskursinius egzaminus (Vorprüfung), jei toks yra, ir jo nuorašas.
3. Rašytas savo ranka curriculum vitae su smulkiai išdėstyta mokslo eiga.
4. Pilietybės pažymėjimas.
5. Dvi fotografijos.
6. Iždinės kvitas įmokėjus Komisijos įrašų mokesnio 100 litų.

Pastaba: Šis mokesnis negrąžinamas.

7. Svetimų valstybių piliečiai prideda dar leidimo gyventi Lietuvoje pažymėjimą.

Asmens, kuriems leista egzaminuotis, turi įmokėti Valstybės Iždan už egzaminus 300 litų ir kvitą įteikti Komisijos Pirmininkui ne vėliau kaip už 3 dienų prieš egzaminų pradžią.

Įmokėtieji pinigai negrąžinami.

Pinigai, lygiai kaip ir įrašų mokesnis, įrašomi į 1927 m. pajamų sąmatos § 21 str. 6. *Aukšt. Mokslo Tarėjas J. Baronas.*

× **Medicinos, veterinarijos, farmacijos ir odontologijos valstybinių egzaminų komisijon** paskirti: pirmininku prof. J. Karuža, nariais: Dr. J. Alekna, prof. J. Bagdonas, prof. Vl. Lašas, doc. Pr. Mažylis, prof. Raudonikis, doc. J. Stančius ir dr. R. Šliupas.

× **„Medicinos" Redakcinės Kolegijos raštas Lietuvos Un-to Medicinos Fakultetui.** Beveik visi leidžiami Lietuvoje periodiški žurnalai bei laikraščiai, k. a. „Tiesa", „Kosmos", „Technikas", „Švietimo darbas", „Tauta ir žodis", „Mūsų žinynas", „Farmacijos Žinios", „Veterinarija ir Zootechnika", „Trimitas", „Kardas" ir kt., — savo bendradarbiams už jų straipsnius moka tam tikrą honororą. Tiktai žurnalas „Medicina", del lėšų stokos, ligi šiol šita nepajėgė padaryti. Nekalbant jau apie tai, kad honoraras už straipsnius, kaipo atlyginimas už darbą, yra visiškai teisingas dalykas, del šito honoraro nemokėjimo be galo nukenčia patsai žurnalas „Medicina" turinio ir finansiniu atžvilgiu: nėsant paskatinimo straipsniams rašyti, dažnai žurnalui jų pristinga; neturint pasirinkimo, neretai tenka dėti į „Mediciną", kas papuola, kartais net labai menkos vertės straipsniai; netobūlėjant „Medicinai", nedidėja jos pajamos ir del to tenka skurste skursti pačiam žurnalui. Kad „Medicina" turinio atžvilgiu galėtų tobūlėti ir kad galima būtų išvengti visų aukščiau pažymėtų blogumų, reikia dėti visos galimos pastangos, kad „Medicinos" bendradarbiai gautų atlyginimą už savo rašinius.

Turėdama visa tai galvoje ir žinodama, kad „Medicinos" žurnalo pusininkė Kauno Medicinos Draugija vos tepajėgia apmokėti tiktai spaustuvę,

„Medicinos" žurnalo Redakcinė Kolegija šiuo kreipiasi į L. Un-to Medicinos Fakultetą, prašydama pasirūpinti, kad būtų surasta lėšų atatinkamam honorarui už dedamus „Medicinoje" straipsnius mokėti.

"Medicinos" Žurnalo Redakcinė Kolegija: *Prof. P. Avižonis. Dr. J. Alekna. Dr. J. Staugaitis.*

Kaunas.
1927. VI. 20 d.

„Medicinos" Red.

× **„Medicinos" laikraščio reikalai Med. Fakultete.** Medic. Fakulteto Taryba aprobavo „Medicinos" Redakc. Kolegijos nario prof. A v i ž o n i o pasiūlymą atlyginti Fakulteto nariams už jų rašomus „Medicinoje" straipsnius šitokiomis normomis: už I kateg. original. straipsnius po 200 litų už spausdintą lanką, už II kateg. straipsnius — klinikų ir ligoninių apyskaitas po 150 litų už lanką, už III kateg. straipsnius — referatus po 100 litų už lanką ir už IV kateg. str. — įvairius smulkius rašinius po 50 litų už lanką. Fakulteto Taryba nutarė daryti pastangų gauti tam reikalui valdžios sutikimą.

× **Asistentų reikalai.** Jaun. mokslo personalo atstovais į Med. Fak. Tarybą šiame semestre išrinkti dr. J u š k y s ir dr. K a l v a i t y t ė, kandidatais — dr. M a t u l e v i č i u s ir Š a u l y s.

Dr. M a c k e v i č a i t e i - L a š i e n e i. vyr. patologijos ir patol. anatomijos katedros asistentei, pratęstas asistentavimo laikas trejiems mt.

Dr. E. B l i ū d ž i ū t e i, vyr. akušerijos - ginekologijos katedros asistentei, pratęsta tarnyba trejiems metams.

Dr. V. V a i č i ū n a s, buv. nervų ir psichikos ligų klinikos jaun. asistentas, pakeltas tos katedros vyresniuoju asistentu ir jo tarnybos laikas pratęstas vieneriems metams.

Dr. V. B e n d o r a v i č i u s išrinktas e. jaun. asistento pareigas nervų ir psichikos ligų klinikoje.

Farmacijos ir farmakognozijos katedros e. jaun. asist. pareigas išrinkta E. P a š k e v i č a i t ė.

Med. kand. V. K a u ž a paskirtas teismo medicinos katedros laborantu.

× **Kandidatų liudymai pripažinti:** m e d i c i n o s k a n d i d a t o: M. Legeckaitei, E. Bitytei, B. Gertmanaitei, E. Klemkaitei - Norvaišienei ir J. Kolytei; v e t e r i n a r i j o s k a n d i d a t o: V. Ambraziūnui; o d o n t o l o g i j o s k a n d i d a t o: R. Grilichienei, L. Finkelšteinaitei, R. Trumpakojytei, A. Mockaitei, K. Gumeniukienei, S. Šeraitei, S. Blochaitei, E. Manasevičaitei.

× **Dantų gydytojo diplomas** išduotas C. B a r a i t e i, išlaikiusiai baigiamuosius dantų gydytojų egzaminus.

× **Studentų reikalai.** Šį semestrą Medic. Fakultete paduotas 81 prašymas stipendijai gauti ir 220 prašymų atleisti nuo mokesnio.

× **Profesorių permainos užsieniuose.** Mirus prof. H e f t e r'iui, Berlyno farmakologijos katedrai užimti pakviestas Freiburgo farmakologas prof. T r e n d e l e n b u r g'as.

Atsistatydinus del senatvės Prahos vokiečių universiteto prof. J a k s c h - W a r t e n h o r s t'ui, jo vietą užėmė žinomas Viurcburgo terapeutas prof. N o n n e b r u c h'as.

× **Leningrado aukšt. medic. mokyklos** (karo medicinos akademija, medicinos mokslų institutas ir medicininis institutas) šiais metais išleidžia 1.200 naujai baigusiųjų gydytojų.

× **Garbingas išrinkimas.** Garsusis Berlyno sifilidologas prof. B u s c h k e išrinktas rusų sifilidologinės ir dermatologinės draugijos V. M. T a r n o v s k i o vardo garbės nariu.

× **Institutas eugenikos mokslui tyrinėti.** Berlyno priemiesty Dahlem įsteigtas institutas, kuriame bus tyrinėjamas žmogaus paveldėjimo - eugenikos mokslas.

PREMIJOS, SUVAŽIAVIMAI, VARIA.

× **Graefe's atminimui medalis** vokiečių oftalmologų draugijos paskirtas Upsalės universiteto profesoriui G u l d s t r a n d'ui.

× **Draugija kovai su tuberkulioze** šių metų spalių 7 d. suruošė ekskursiją susipažinti su Latvijos „Draugijos kovai su tuberkulioze" įstaigomis ir jų veikimu. Ekskursijoj dalyvavo apie 50 žmonių, daugiausia gydytojų ir gailestingųjų seserų. Ekskursijai vadovavo dr. S l e ž e v i č i e n ė, dr. B u z e l i s ir dr. K o g a n a s; ji sugaišo Latvijoj 4 dienas. Ekskursantai, kaip teko patirti, buvo labai svetingai priimti Latvijos medicinos atstovų ir organizacijų ir išsivežė daug malonių ir pamokinančių įspūdžių.

× **Suvažiavimai.** Kijeve spalių 15—20 d. įvyks patologų suvažiavimas, kuriame, be Rusijos mokslo atstovų, panorėjo dalyvauti vokiečių patologoanatomai prof. M a k s a s B o r s t'as (Miunchenas), R h o d a E r d m a n n'as (Berlynas), prof. A s c h o f f'as (Freiburgas), prof. L u b a r s c h'as (Berlynas), prof. H u e c k'as (Leipcigas) ir prof. R ö s s l e (Bazelis). Suvažiavimo metu bus surengta paroda.

Stalingrade spalių 25—29 d. šaukiamas IV eilinis Pavolgės maliarijos klausimu suvažiavimas.

× **IV Liet. Gydytojų Suvažiavimas,** regis, bus nukeltas į 1928 metų pirmąjį pusmetį.

× **V. R. M. Sveikatos Departamento panaikinimas.** Teko sužinoti, kad Vid. Reik. Min-joje esąs paruoštas naujas sveikatos reikalų tvarkymo reorganizacijos projektas: Sveikatos Dep-tas būsiąs panaikintas, o užtat būsiąs sudarytas naujas vad. Bendrasis dep-tas, į kurį įeisią — dabartinė V. R. M-io kanceliarija, neturintieji savo departamentų referentai (tikybos reikalų referentas, darbo reikalų ref., soc. apsaugos inspektorius), be to, sveikatos reikalų referentas ir farmacijos reikalų referentas. Tuo būdu šituo projektu farmacijos reikalai atskiriami nuo sveikatos reikalų, ką jau seniai farmacentai siekia. Pryšakyje šito naujojo departamento būsiąs pastatytas vice-ministeris ar generalinis sekretorius vice-ministerio teisėmis.

GYDYTOJŲ REIKALAI.

×**Gydytojai reikalingi:** 1) A n t a l i e p t ė j, (Zarasų apskr.); 2) G i e d r a i č i u o s e, (Vilkmergės apskr.): 3) K a m a j ų miestui ir apylinkei (Rokiškio apskr.); sužinoti: Kamajai, pas Indrašį. Ten pat reikalingas prityręs felčeris: 4) L y g u m ų miesteliui, Šiaulių apskr. Sužinoti vaistinėj; 5) P u š a l o t e (Biržų apskr.; 6) V e i v e r i u o s e (Mariampolės ap.).

× **Sveikatos Departamente** yra keletas laisvų gydytojų vietų įvairioms valdiškoms tarnyboms užimti. Prašymai priimami kasdien Sveikatos departamente nuo 8 iki 14 val.

× **Gydytojų paskyrimai.** Sveikatos Departamentas paskyrė: dr. E. D r a u g e l į Valstybinės Kauno Ligoninės vidaus ligų skyriaus ordinatorium, dr. B i e l s k ų, Kėdainių apskrities ligoninės vedėju, dr. J a n u l į, Zarasų apskr. ligoninės vedėją apskrities gydytoju, vietoje paliuosuoto dr. B u z e l i o.

× **Nauji gydytojai.** Sveikatos Departamentas išdavė liudymus medicinos praktikos teisei gydytojams: 1) Dumbriui, 2) Velbutui, 3) Elsbergui, 4) Gilde - Ostachovienei, 5) Michailovui, 6) Savickui, 7) Jakubėnaitei,

8) Damskiui, 9) Paturskiui, 10) Glikmanaitei, 11) Trusfusaitei, 12) Melcui, 13) Bielskui.

✕ **Dr. Sal. Slonimskis** iš Veiverių (Mariampolės ap.) persikėlė gyventi ir praktikuoti į Kauno priemiestį Aleksotą.

✕ **Nelegalūs gydytojai Prūsuose.** Prūsuose įregistruota 6180 nelegalių gydytojų (šundaktarių); pernai jų būta 5648. Iš jų tarpo 277 jau nubausti, įvairiais būdais už neteisėtą gydymą.

✕ **Nukentėjusiems nuo šundaktarių sąjunga** susikūrė Berlyne. Jos steigėjas ir pirmininkas-skardininkas S c h m i d t'as, kurs pats yra netekęs vaiko, nugydyto šundaktario. Berlyno gydytojų kameros kovos su šundaktariais komisijos pirmininkas dr. S i e f a r t'as rimtai padeda draugijai per jo įsteigtą organą „Zeitschrift für Volksaufklärung gegen Kurpfuscherei und Heilmit telschwindel" (laikraštis, sakas liaudžiai teisybę apie šundaktarius ir visokias suktybes su vaistais). Tame laikraštyje dedamos visos patikrintos žinios apie šundaktarystę. Vokiečiai maloniai konstatuoja, kad prieš šundaktarius jau pradeda sukilti pati susipratusios liaudies dalis. Tatai žymiai padėsią gydytojų pastangoms tuos piktadarius išguiti.

✕ **Gydytojų vargai Vengrijoj.** Vargingai gyvena vengrų gydytojai, ypač miestuose, kur esama daug nemokamų ambulatorijų. Budapešte, pagaliau, gydytojams pavyko iškovoti toji tvarka, kad imta reikalauti neturtingumo liudymo iš tų pacijentų, kurie kreipiasi nemokamon ambulatorijon.

✕ **Amerikos „osteopatai".** Keturiuose Šiaur. Amerikos Jungt. Valstybių štatuose (Kolorado, Masačuzete, Techase ir Kalifornijoj) vadinamieji „osteopatai" iškovojo sau praktikos teisę be gydytojų kvotimų ir jų skaičius jau pernai priaugo iki 88. Amerikos medicinos spauda reikalauja, jiems paskirti bendrus gydytojų kvotimus, nežiūrint į tai, kad „osteopatai" būk nerašą vaistų ir nedarą chirurginių operacijų.

✕ **Taisyklės įgyti gydytojo praktikos teisėms Brazilijoj.** Naujai išleistomis Brazilijos vidaus reikalų ministerijos taisyklėmis, noris įgyti praktikos teisę Brazilijoj svetimšalis gydytojas turi: pristatyti pasirinktam Brazilijos medicinos fakultetui savo diplomą ir stažo dokumentus iki gegužės arba spalių mėn.; laikyti kvotimus birželio arba gruodžio mėn.; pridėti 60 ekz. mokslo darbų (ne mažiau kaip 50 spausdintų puslapių) iš bet kurių trijų Brazilijos medic. fakult. dėstomų medicinos sričių, sumokėti 620 milreisų = 350 vok. markių = 840 litų (240 milreisų už praktiškų dalykų egzaminus + 180 mlr. už tezių apgynimą + 200 mlr. už įgytą gydytojo vardą egzaminus išlaikius). Egzaminai vedami portugalų kalba ir susideda iš diagnozės, prognozės ir terapijos trijų kazuistinių atsitikimų iš vidaus ligų, chirurgijos, akušerijos ligų klinikos ir vieno atsit. iš ketvirtos kandidato pasirinktos kitos medic. šakos.

SVEIKATOS REIKALAI.

✕ **Sveikatos Departamento Sanitarijos Skyriaus įregistruota susirgimų infekcinėmis ligomis** už 1927 m. r u g p i ū č i o m ė n.: kruvinąja 49 (mirė 13); dėmėt. šiltine 18 (mirė 5); vidurių šiltine 137 (mirė 8); atokrit. šiltine 1; skarlatina 56; difteritu 24 (mirė 3); mening. cerebr. epid. 2; febris puerperalis 19 (mirė 4); influenza 297; kokliušu 53; tymais 151 (mirė 7); vėjaraupiais 11; maliarija 10; pažandėmis (parotitis epid.) 6; rože 45; tuberkulioze 119; trachoma 355; veneros ligomis 278 (lues'u 142, gonorrhoea 130, minkšt. šankeriu 6); įkastų pasiut. gyvul. 4; paratyphus 5; lyssa 1; encephalitis 2; saepticopyaemia 5; tetanus 8.

✕ **Sveikatos d-tas** kovai su veneros ligomis šiuo metu laiko 7 valstyb. ambulatorijas: Alytuje, Kaune, Panevėžyj, Šakiuose, Šiauliuose, Tauragė-

je ir Rokiškyj, kuriose nemokamai teikiama pagalba ir patarimai visiems sergantiems veneros ligomis. Apskrityse, kuriose prostitučių prižiūrėjimas buvo apleistas, atgaivintas sveikatos apsaugos komitetų darbas. Įregistruotos prostitutės turi būti kas savaitė ne mažiau kaip vieną kartą apžiūrimos gydytojo. Pastebėtos apsikrėtusios tuojau izoliuojamos, pasiunčiant jas į odos ir veneros ligų ligoninę Alytuje.

× **Kauno miesto gydytojas** pranešė visoms vaisvandenių dirbtuvėms, kad nuo š. m. spalių 1 d. išimtų iš apyvartos porceliano kamščius su gumos aptaisais, kurie dabar yra Sveik. d-to uždrausti. Nusižengę prieš tai bus baudžiami iki dirbtuvės uždarymo.

× **Kauno m. gydytojas** praneša visiems Kauno miesto privatiems gydytojams, kad žinias del ligų pristatinėtų kas mėnuo iki 5 d.

× **Lietuvos savižudybių ir naujagimių žudymo statistika už pirmą 1927 m. pusmetį:**

Eil. Nr.	Apskričių pavad.	Savižud. vyrų	Savižud. mot.	Naujagim. nužud.	Pastabos
1.	Alytaus apskr.	—	—	4	
2.	Biržų „	1	1	5	
3.	Kauno miesto ir apskr. .	6	7	3	
4.	Kėdainių apskr.	4	—	9	
5.	Kretingos „	1	—	—	
6.	Mariampolės „	3	3	6	
7.	Mažeikių „	3	3	1	
8.	Panevėžio „	2	—	6	
9.	Raseinių „	3	3	—	
10.	Rokiškio „	3	—	6	
11.	Šakių „	2	—	—	
12.	Seinių „	—	—	—	
13.	Šiaulių miesto ir apskr. .	12	—	28	Bendras skaičius
14.	Tauragės apskr.	—	—	1	
15.	Telšių „	—	1	—	
16	Trakų „	1	—	1	
17.	Utėnos „	2	—	7	
18.	Vilkaviškio „	1	3	2	
19.	Vilkmergės „	3	1	4	
20.	Zarasų „	1	—	1	
	Iš viso	70		84	

Pastaba. Žinios iš Sveikatos Departamento.

× **Vaikų paraližo epidemija Europoj.** Pastaruoju laiku Vokietijoj (Leipcigo, Karaliaučiaus, Dancigo ir k. srityse) ir kitose šalyse pasirodė polyomyelitis anterior acuta arba Heyne — Medin'o ligos epidemija, kuria dažniausia suserga vaikai, bet nėra laisvi ir suaugę žmonės. Mūsų spaudoj jau keliamas klausimas, kaip mums nuo šitos ligos apsisaugoti. Siūloma sanitarinė kontrolė pasieniuose net iki karantino įvedimo. Minėtąja epidemija susirūpino ir Tautų Sąjungos vaikų hygienos komisija. Jos posėdyje (Vienoje) prof. v. Pirquet siūlė išmėginti Pasteur'o institute Paryžiuj gaminamą prieš tą ligą serumą. Tik, deja, paaiškėjo, kad kol kas serumas gaminamas iš bezdžionių ir jo labai maža turima. Tautų Sąjungos Komisija nutarė pasiųsti kompetentingus savo atstovus observuoti epidemiją Saksonijoj ir Rumunuose. Iš atstovų patyrimų būsiąs sudarytas atatinkamas kovos planas.

× **Dantų gydytojai ir dantistai.** Mūsų spaudoj jau kreipiama piliečių dėmesis į dantų gydytojų ir „dantistų“ skirtingumą. Reikalaujama, kad Sveikatos Departamentas susirūpintų tą skirtumą padaryti pastebimą ir piliečiams, kurie išvengtų klaidų ieškodami medic. pagelbos.

× **Abortai Rusijoj,** vyriausiojo teismo išaiškinimu, gali būti daromi ir privačiuose gydytojų kabinetuose prisilaikant tam tikrų sanitarinių sąlygų.

× **Venerikų gydymas Rusijoj.** Narkomzdravas paskelbė privalomo venerikų gydymo tvarką. Medicinos įstaigos turinčios privalomai tikrinti sveikatą ir gydyti tuos ligonius, kurie, sirgdami veneros liga apkrečiamoj formoj, vengia savo noru gydytis. Privalomai gydomi: 1) venerikai, kurių liga nustatyta apsilankius jiems vener. dispansere; 2) venerikai, kurių buto ar darbo sąlygos duoda progos apsikrėsti sveikiems; 3) moksleiviai; 4) žindytojos; 5) namų darbininkės; 6) nėščios moterys. Sanitarinės priežiūros organams leidžiama šaukti ligonius raštu jų sveikatai tikrinti ir juos gydyti; ligonis galima traukti tieson už nusižengimą minėtai tvarkai sulig. 150 str. 2 dal. baudžiamojo kodekso.

× **Raupai Anglijoj.** Anglijos grafijoj Durgel 1924 m. susekta 20 susirgimų natur. raupais, 1925 m. tų susirgimų jau buvo 1138, 1926 m. — jau 6695.

× **Cholera Persijoje.** Į Teheraną atskridęs Junkerio lėktuvas, kurs atvežęs didelį kiekį skiepų prieš cholerą, kuri siaučia pietų vakarų Persijoj.

× **Gydymo tvarkos taisyklės Vokietijoj.** Vokiečių vidaus reikalų ministeris, išaiškindamas įstatymus, išleido įsakymą, kuriuo draudžiama be ligonio sutikimo vartoti šitos gydymo ir diagn. priemonės: salvarsano, gyvsidabrio, bismuto injekcijos, liaumbalinė punkcija, cistoskopija, kateterizavimas ureterų ir šlapinimos latako išplėtimas.

× **Įstatymai ir džiova.** Naujojoj Zelandijoj išleistas ir pradėjo veikti prieštuberkuliozinis įstatymas, einant kuriuo kiekvienas sergąs atvira džiova ligonis, neturįs namieje tinkamų gyvenimui sąlygų, privalomai izoliuojamas ligoninėje. Sergą džiova asmens neprileidžiami dirbti maisto ir pieno gamyklose.

1925 m. Anglijoj pradėjo veikti įstatymas, sulig kuriuo: 1) kiekvienas sergąs apkrečiamąja džiovos forma asmuo gali būti prievarta izoliuotas vyriausybės įstaigai pareikalavus; 2) džiovininkai neprileidžiami dirbti maisto ir pieno pramonės įstaigose; 3) sergą džiova gyvuliai turi būti žudomi, o jų savininkai gauna nustatytą atlyginimą.

Klaidų atitaisymas.

Dr. J. Mackevičaitės — Lašienės straipsnyje **„Sarcoma myelogenes femoris“** (ž. „Medicina“ 1927 mt. Nr. 7) atitaisytinos šios klaidos:

1) Piešiniuose Nr. 1 ir Nr. 2 nepažymėta, kad jie schematiški.

2) Piešiniuose Nr. 3 ir Nr. 5 praleista pavardė Dr. P. Kalvaitytės, kurios tie piešiniai piešti.

3) Straipsnio gale (369 pusl.) praleista padėka Karo Ligoninės viršininkui D-rui K. Oželiui už suteiktą medžiagą ir D-rei P. Kalvaitytei už padarytus piešinius.

„Medicinos“ 1927 m. Nr. 5—6 **„Sommaire“** (turinyje fuanmzų kalba) atitaisoma klaida: Ketv. eil. iš apačios atspausta **„De l'officier de ranteė“**, o turi būti **„de l'udjurant du servech de sunde“**.

Pašto dėžutė.

1. *D-rams V. Gusevui, B. Janušauskui, D. Jasaičiui ir J. Šlapoberskiui.* Tamistų straipsnius „Medicinos“ Redakcija yra gavusi. Ačiu! „Medicinai“ jie tiks ir bus dar šiais metais išspausdinti.

2. *Mokyklos gydytojui.* Tamistos laišką dedame čionai ištisą:

Didžiai gerbiamas Pone Redaktoriau!

Vidurinėms mokykloms yra samdomi mokyklos gydytojai, kurių darbuotėje, nėsant lig šiol reguliuojamųjų instrukcijų, gali kartais įvykti nesusipratimų.

Labai prašyčiau Tamstą išaiškinti Švietimo Ministerijoje paduodamus klausimus ir paskelbti artimiausiame „Medicinos“ num. visų mokyklos gydytojų žiniai.

Būtent:

1. Kam privalo mokyklos gydytojai teikti medicinos pagalbą nemokamai?

2. Ar privalo mokyklos gydytojas teikti med. pagalbą nemokamai —

a) mokyklos mokytojams?

e) mokyklos raštinės tarnautojams?

c) mokyklos tarnams?

d) mokyklos padieniams darbininkams?

e) jų šeimų nariams ir iki kurio laipsnio giminystės?

3. Ar gali mokyklos gydytojas reikalauti papildomojo atlyginimo iš nemokamai gydomų asmenų už specialius darbus (operacijas, gipso tvarstymus, Rentgeno, kvarco lempos spindulius, elektrizaciją, injekcijas, analizes ir kt.), jei jisai gali tuos darbus atlikti pats, nesiųsdamas į specialistus?

4. Kada mokyklos gydytojas turi teisę reikalauti susisiekimo priemonių, vykdamas lankyti nemokamai gydomuosius jų namuose?

5. Kuriais atsitikimais mokyklos gydytojas gali reikalauti papildomojo atlyginimo už sugaištą laiką kelionėje?

6. Ar galima reikalauti papildomojo atlyginimo už naktinį darbą?

7. Kokia tvarka nustatoma mokyklos gydytojo darbuotei mokyklos atostogų metu?

8. Ar gali gauti mokyklos gydytojas atostogų?

MOKYKLOS GYDYTOJAS.

(Atsakymą žiūr. kitoj pusėj).

ATSAKYMAS.

Beveik visose valstybėse, ypačiai pavyzdingai susitvarkiusiose, yra nustatytos šios mokyklų gydytojo pareigos:

1) Mokyklos hygiena.
2) Bendra hygiena ir hygieniškas mokinių švietimas.
3) Periodiniai mokinių apžiūrėjimai.
4) Kova su infekcinėmis ligomis mokyklose.

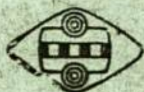
Mokinių gydymas tenai neįeina į mokyklų gydytojo pareigas. Vokietijoje ir kitur net draudžiama mokyklų gydytojui teikti medicinos pagalba mokiniams, kad ir už atskirą atlyginimą. Tose vietose, kur maža gydytojų arba kur, be mokyklos gydytojo, kitų gydytojų nėsama, mokyklų gydytojui nolens volens tenka teikti medicinos pagalba mokiniams, bet atskira sutartimi ir už atskirą atlyginimą.

Lietuvoje nėra išleistų taisyklių ar įstatymų, kurie šitą klausimą reguliuotų. Tačiau yra susidaręs usus, kad į vidur. bei aukštesniosios mokyklos gydytojo pareigas įeina ir mokyklos mokinių gydymas, bet tiktai ne mokyklos personalo bei mokinio šeimos narių. Švietimo Min-ja žada artimiausioje ateityje tokias taisykles išleisti, prieš tai pasitarusi su suinteresuotaisiais mok. gydytojais. Kauno m. Savivaldybė laiko pradžios mokyklų gydytoją (D-rą L. E p š t e i n ą), į kurio pareigas mokinių gydymas neįeina ir kuris medicinos pagalbos niekam iš mokinių neteikia.

Kadangi mokyklų gydytojas yra ne etatinis asmuo, bet laisvai samdomas, tai patariama, kad jisai, prieš apsiimdamas būti mokyklų gydytoju, sudarytų su mokyklos direktorium (ar, dar geriau, su tėvų komitetu) sutartį, kurioje ir turėtų būti pažymėtos visos jo pareigos. Toje sutartyje turėtų būti taip pat atsakymas į 4, 5, 6 ir į kitus punktus.

Mokyklos gydytojo atostogos sutampa su mokinių atostogomis. Tačiau, kas yra apsiėmęs mokinius gydyti, tas turės juos gydyti ir atostogų metu. Susisiekimo išlaidos, žinoma, turi būti grąžinamos. Mokyklos gydytojui už specialius darbus turėtų būti atskirai mokama.

IV Liet. Gydytojų Suvažiavimo darbų tvarkon yra įtraukta ir mokyklų medicina (ref. Dr. L. E p š t e i n a s). *„Medicinos“ Red.*



Akcinė „Varpo“ B-vės spaustuvė, Kaunas, Laisvės Alėja Nr. 60.